Kwaliteitsbevordering in de verslavingszorg

Leidraad voor de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten





Kwaliteitsbevordering in de verslavingszorg

Leidraad voor de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten





Colofon

Auteur:
Mieke Autrique

Redactie:
Nina De Paepe
Kathleen Raskin
Geert Verstuyf

Met dank aan:
De pilootvoorzieningen in dit project voor hun inzet, betrokkenheid en feedback
De leden van de stuurgroep kwaliteitsbevordering voor hun advies bij dit project
Stefaan Baert (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid – VVGG, www.vvgg.be) voor de vorming over uitkomstenmanagement
Peter Engelborghs (Management Consulting and Research – MCR, www.mcr-bvba.be) voor de vorming over clinical leadership, stakeholdersanalyse en analyse van barrières en faciliterende factoren
Kathleen Locus (VAD) voor de vorming over Project Cycle Management
Stijn Vandevelde en Jan Bosteels (Belgian Centre for Evidence-Based Medicine – CEBAM, www.cebam.be) voor de vorming over evidence-based richtlijnen
Prof. Dr. M. Wensing (UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare, Nijmegen - www.umcn.nl) voor de vorming over veranderingsmanagement
Mia Geuens (ADIC) en Jo Jocqué (PC Sint-Jan-Baptist, Vita) voor hun feedback op deze leidraad

Lay-out cover
www.meerwit.be

Print en afwerking
www.contrapunt.be

Verantwoordelijke uitgever
F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
wettelijk depotnummer: D/2011/6030/27







VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Heeft u suggesties, opmerkingen, bedenkingen of vragen naar aanleiding van deze leidraad? Mail naar mieke.autrique@vad.be

VOORWOORD 5
1 INLEIDING 7
Uitgangspunten van de leidraad 7
Doelgroep van de leidraad 7
Opbouw van de leidraad 7
Meer lezen? 8
2 PLANMATIG AAN DE SLAG 9
Doelstelling 9
Theoretische achtergrond 9
Werkwijze 9
Samenvatting van het stappenplan 11
Meer lezen? 12
3 AANDUIDEN VAN CLINICAL LEADER(S) EN SAMENSTELLEN VAN EEN WERKGROEP KWALITEITSBEVORDERING 13
Doelstelling 13
Samenvatting 13
Theoretische achtergrond 14
Werkwijze 14
Stap 1: het aanduiden van (een) clinical leader(s) 14
Stap 2: mandaat en ondersteuning van de directie 15
Stap 3: het samenstellen van een werkgroep kwaliteitsbevordering 15
Meer lezen? 15
4 OPSTELLEN VAN IMPLEMENTATIECRITERIA 17
Doelstelling 17
Samenvatting 17
Theoretische achtergrond 18
Werkwijze 19
Stap 1: Bepalen van zorgaspecten 19
Stap 2: selecteren van evidence-based richtlijnen en kernaanbevelingen 20
Stap 3: selecteren van meetinstrumenten 21
Stap 4: opstellen van implementatiecriteria 22
Stap 5: het vooropstellen van standaarden 24
Stap 6: het opstellen van instructies voor dataverzameling 24
Stap 7: het verspreiden van implementatiecriteria en standaarden 27
Meer lezen? 27
5 UITVOEREN VAN EEN STAKEHOLDERSANALYSE 29
Doelstelling 29
Samenvatting 29
Theoretische achtergrond 30
Werkwijze 30
Stap 1: stakeholders bepalen 30
Stap 2: impact en invloed van stakeholders bepalen 30
Stap 3: bepalen op welke manier met en naar de stakeholders gewerkt moet worden 31
Stap 4: houding, mogelijke bijdrage en tijdsinvestering van stakeholders bepalen 32
Meer lezen? 35
6 KLINISCHE AUDIT 37
Doelstelling 37
Samenvatting 37
Theoretische achtergrond 38

Werkwijze 38
Stap 1: bepalen van implementatiecriteria waarvoor een klinische audit zal uitgevoerd 38
worden 38
Stap 2: bepalen van momenten waarop de klinische audit zal uitgevoerd worden 38
Stap 3: communiceren van de basisprincipes van de klinische audit naar stakeholders 39
Stap 4: communiceren van resultaten naar stakeholders 39
Meer lezen? 43

7 ANALYSEREN VAN BARRIÈRES EN FACILITERENDE FACTOREN 44
Doelstelling 44
Samenvatting 44
Theoretische achtergrond 44
Werkwijze 46
Stap 1: bepalen van de methodiek voor de analyse van barrières en faciliterende factoren 46
Stap 2: uitvoeren van de analyse van barrières en faciliterende factoren 46
Meer lezen? 54

8 BEPALEN VAN IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN OP MAAT 56
Doelstelling 56
Samenvatting 56
Theoretische achtergrond 57
Werkwijze 59
Stap 1: bepalen van implementatiecriteria waaraan gewerkt moet worden 59
Stap 2: bepalen van voornaamste barrières en bepalen van veranderbaarheid 59
Stap 3: bepalen van te versterken faciliterende factoren 59
Stap 4: bepalen van implementatiestrategieën naar verschillende stakeholders 59
Stap 5: communiceren naar stakeholders 60
Stap 6: uitvoeren en evalueren van implementatiestrategieën 60
Meer lezen? 64

GLOSSARIUM 65

TOOLS 66
Tool 1: opstellen van implementatiecriteria 66
Tool 2: bepalen van houding, mogelijke bijdrage en tijdsinvestering van stakeholders 67
Tool 3: weergeven van resultaten klinische audit 68
Tool 4: bepalen van implementatiestrategieën op maat 69

BIJLAGEN 70
Bijlage 1: checklist met betrekking tot het stappenplan 70
Bijlage 2: voorbeeldfocusgroep 72
Bijlage 3: voorbeeldinterview 73
Bijlage 4: voorbeeldvragenlijst 74

VOORWOORD

Kwaliteitsbevordering in verslavingszorg kan veel omvatten en kan men op verschillende manieren invullen. Dit bleek ook uit de bedenkingen en suggesties van de adviesgroep die VAD hierover oprichtte in 2008, waarin heel wat voorzieningen uit de categoriale alcohol- en drughulpverlening vertegenwoordigd waren. In de praktijk nam men al heel wat initiatieven, hoewel het proces, het tempo en de prioriteiten in elke voorziening verschillend waren. De adviesgroep kwam tot een consensus over een definitie van 'kwaliteitsvolle zorg', over de verschillende niveaus waarop men aan kwaliteitsbevordering kan doen binnen de verslavingszorg en over prioriteiten op korte en langere termijn. Dit resulteerde in het project 'Kwaliteitsbevordering in de verslavingszorg', gefinancierd door het Fonds ter Bestrijding van de Verslavingen (2009 – 2011). In dit project lag de nadruk op het werken met evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten.

In het kader van dit project werden in 2009 verscheidene initiatieven genomen om het werkveld te informeren en te sensibiliseren en om de deskundigheid van professionelen in de verslavingszorg te verhogen. Aangezien deze initiatieven, hoewel zeer waardevol, lang niet voldoende zijn om de toepassing van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten te verzekeren, lag in een vervolgproject in 2010 en 2011 de nadruk op de implementatie in de praktijk. Kwaliteitsbevordering is immers een langetermijnproces dat gefaciliteerd moet worden met effectieve tools die ondersteuning op maat kunnen bieden. Er werd gekozen voor de ontwikkeling van voorliggende leidraad.

Aangezien er weinig literatuur is waarin het implementatieproces van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten in de verslavingszorg concreet beschreven wordt en omwille van het belang van het in kaart brengen en verspreiden van good practices, werd bij de ontwikkeling van de leidraad gekozen voor een pilootfase waarin de mogelijkheden en knelpunten van dit proces op basis van concrete praktijkervaringen in kaart werden gebracht.

In de pilootfase (juni 2010 – juni 2011) bood VAD ondersteuning aan vijf geëngageerde pilootvoorzieningen die één evidence-based richtlijn en één meetinstrument implementeerden in hun voorziening, door middel van vormings- en intervisiemomenten, gespreid over één jaar. Aan deze vormings- en intervisiemomenten konden telkens twee personen per voorziening deelnemen, dit om de continuïteit van de implementatie op elk moment te verzekeren. Bedoeling was dat de pilootvoorzieningen dat wat ze aangeboden kregen, toetsten in de praktijk, op basis hiervan keuzes maakten met betrekking tot het implementatieproces in hun voorziening en hun ervaringen terugkoppelden naar VAD en elkaar.

In deze leidraad vindt u een neerslag van het proces dat zij doorliepen, met concrete tips en aanbevelingen op basis van de vormingsdagen en citaten en voorbeelden op basis van de ervaringen van de voorzieningen. *Citaten worden als volgt weergegeven en zijn gebaseerd op evaluaties van het project en de rapportage vanuit de voorzieningen.* Voorbeelden staan in een kader en zijn gebaseerd op de rapportage vanuit de voorzieningen.
Aan het begin van elk hoofdstuk vindt u in een samenvattende kader de verschillende stappen van het implementatieproces op een rijtje. Bij elke stap vindt u (indien relevant) bij '🕒' informatie die u kan helpen om een inschatting te maken van de tijd die nodig is om de betreffende fase uit te voeren. Ook deze informatie is gebaseerd op gegevens uit het pilootproject.
Achteraan de leidraad vindt u een glossarium dat de belangrijkste begrippen verduidelijkt.

1 INLEIDING

Uitgangspunten van de leidraad

In deze leidraad gaan we ervan uit dat als individuele praktijkwerkers, behandelprogramma's en voorzieningen kwaliteitsvolle zorg aanbieden, ze ook goede uitkomsten zullen behalen bij cliënten. Onder 'kwaliteitsvolle zorg' verstaat de stuurgroep kwaliteitsbevordering van VAD: "Evidence-based behandelingen die voorzien worden door professionele praktijkwerkers, die over aantoonbare kerncompetenties beschikken in hun werkgebied en wiens activiteiten regelmatig gemonitord worden via het meten van kwaliteitsindicatoren op programma- en systeemniveau." (McLellan et al., 2007)

Op basis van voorgaande definitie onderscheiden we drie niveaus waarop men kan meten en rapporteren of de zorg die men aanbiedt kwaliteitsvol is en waarop men aan kwaliteitsbevordering kan doen. Binnen elk van deze drie niveaus zijn er specifieke thema's te onderscheiden waarrond gewerkt kan worden.

1. Individuele praktijkwerker
- Evidence-based practice
- Evidence-based richtlijnen
- Systematisch, planmatig, gestructureerd werken (o.a. klinische paden, behandelplannen)
- Competenties (o.a. kwalificaties, opleidingen)

2. Individuele cliënt
- Uitkomsten (klinisch, functioneel, cliëntentevredenheid, motivatie, kosten)
- Proces (therapeutische relatie)

3. Voorzieningen en netwerken
- Prestatie-indicatoren (procesindicatoren, structuurindicatoren, uitkomstindicatoren)
- Benchmarking

Door de adviesgroep werden prioriteiten op korte en langere termijn bepaald, rekening houdend met het materiaal dat in België reeds voorhanden was, met noden en verwachtingen vanuit het werkveld en met beschikbare middelen. Het werken rond uitkomstenmanagement en evidence-based richtlijnen bleek op korte en langere termijn prioritair te zijn.

Doelgroep van de leidraad

Deze leidraad is bedoeld voor praktijkwerkers, therapeutisch coördinatoren, kwaliteitscoördinatoren en beleidsmedewerkers in de verslavingszorg die meer willen weten over de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk van de verslavingszorg. Daarnaast is deze leidraad bedoeld voor professionelen die het implementatieproces van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk concreet willen begeleiden.

De directie speelt een belangrijke rol in het creëren van de randvoorwaarden betreffende personeel en middelen om dit implementatieproces op gang te trekken en veranderingen te verankeren in de werking van de organisatie. Gezien de schaarse structurele middelen die de overheid ter beschikking stelt voor kwaliteitsbevordering zal voldoende motivatie, voluntarisme en creativiteit nodig zijn van zowel directie als personeel om met de implementatie van dit proces te starten en de resultaten te consolideren.

Opbouw van de leidraad

In hoofdstuk 2 wordt eerst een overzicht gegeven van de verschillende fasen die in het implementatieproces doorlopen moeten worden. In de daaropvolgende hoofdstukken wordt telkens een fase uitgediept: er wordt gestart met een theoretische onderbouwing, waarna de fase stap voor stap doorlopen wordt. Bij elke stap wordt een indicatie gegeven van de tijdsinvestering die ermee samenhangt.

Meer lezen?

McLellan, A.T., Chalk, M. & Bartlett, J. (2007) Outcomes, performance, and quality - What's the difference? *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*(4), *331-340.*

2 PLANMATIG AAN DE SLAG

"Planmatig werken geeft een verhoogd inzicht in de verschillende fasen die je moet doorlopen wanneer je iets nieuws implementeert. Door de ontmoeting met anderen konden we over de muur kijken en vaststellen dat veranderen overal traag gaat en dat slagen ook een kwestie is van doorzetten, opvolgen en regelmatig terugkoppelen. We gaan in onze organisatie vaker prospectief gebruikmaken van deze planmatige aanpak."

Doelstelling

De implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten wordt best op een planmatige manier aangepakt, waarbij verschillende fasen doorlopen worden. Doelstelling is om een zicht te krijgen op deze fasen om het implementatieproces goed te kunnen plannen.

Theoretische achtergrond

Het implementeren van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten is geen lineair proces, maar eerder een cyclisch zichzelf versterkend proces dat bestaat uit verschillende fasen. We hebben ons voor deze leidraad gebaseerd op de verschillende fasen binnen Project Cycle Management en hebben deze fasen aangepast op basis van de ervaringen van de pilootvoorzieningen. Project Cycle Management is een methode die u helpt de resultaten en doelen van een project stapsgewijs te bereiken. In het geval van deze leidraad betekent dit tot een goede implementatie te komen van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten.

Werken met Project Cycle Management impliceert een aantal sleutelprincipes:

- Het is een participatieve methode: bij elke fase in de projectcyclus moeten belanghebbenden of stakeholders (zie hoofdstuk 5) betrokken worden.
- Door middel van analyses denkt u na over wat u wil bereiken en hoe u dat denkt te doen.
- Aan implementatiestrategieën zijn kwaliteitseisen verbonden.
- Er ligt een belangrijke nadruk op monitoring en evaluatie.
- Er ligt een duidelijke focus op de operationele planning.

Onder de operationele planning verstaan we een planning van de door te voeren veranderingen, de implementatiestrategieën en van de beheersactiviteiten. Meer specifiek verstaan we onder beheersactiviteiten:

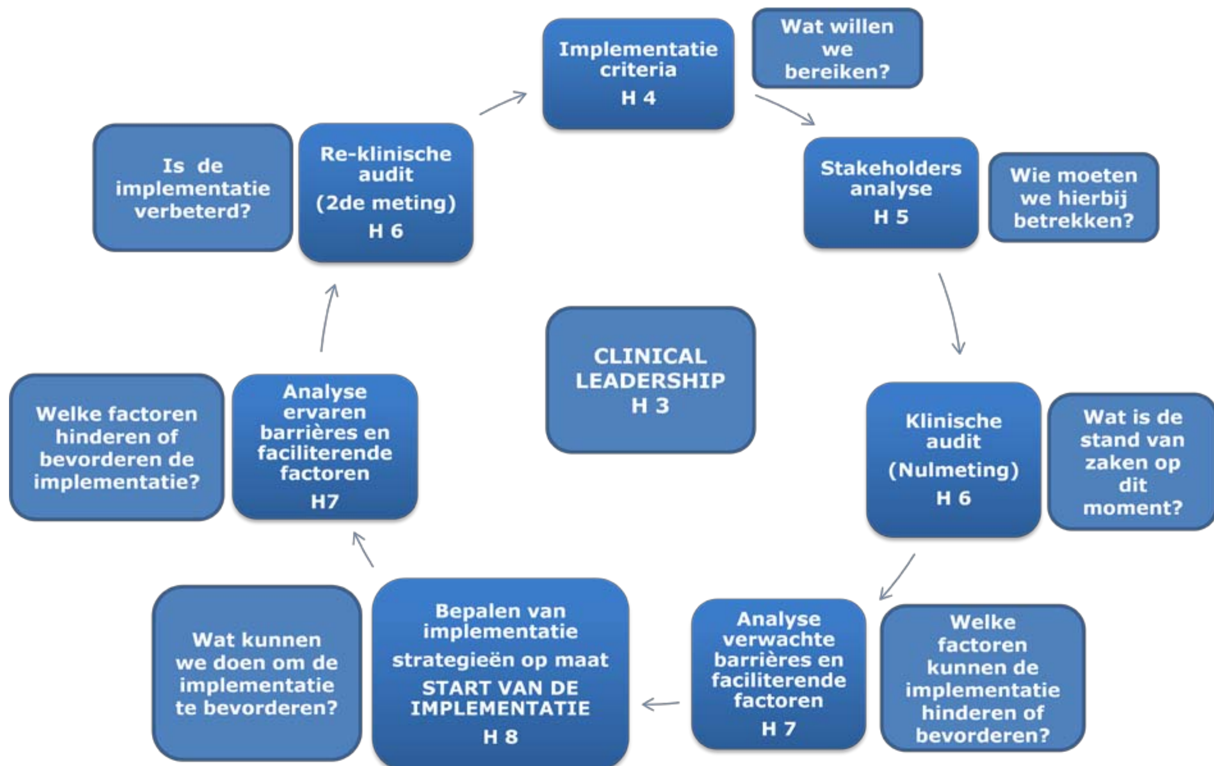
- Tijdsmanagement: vastleggen hoeveel tijd nodig is voor elke activiteit en opvolgen en controleren of de activiteiten de vastgelegde timing respecteren.
- Financieel beheer: zorgen voor een goed beheer van de budgetten die ter beschikking zijn voor de veranderingen en implementatiestrategieën.
- Informatiedoorstroming: zorgen voor duidelijke informatie op alle niveaus van de organisatie met betrekking tot de veranderingen die worden doorgevoerd en de implementatiestrategieën.
- Personeelsorganisatie: zorgen voor een haalbare en duidelijke taakverdeling bij het personeel met betrekking tot de veranderingen die doorgevoerd worden en de implementatiestrategieën.

Werkwijze

In onderstaande figuur worden de verschillende fasen weergegeven die in deze leidraad doorlopen worden met vermelding van het hoofdstuk waarin ze aan bod komen. Meer specifiek gaat het hierbij om het opstellen van implementatiecriteria (hoofdstuk 4), het maken van een stakeholdersanalyse (hoofdstuk 5), het uitvoeren van een klinische audit op verschillende momenten in het implementatieproces (hoofdstuk 6), het analyseren van barrières en faciliterende factoren (hoofdstuk 7) en het bepalen van implementatiestrategieën (hoofdstuk 8). Clinical leadership is de rode draad doorheen het hele implementatieproces (hoofdstuk 3).

Het gaat hierbij om een cyclisch proces, waarbij telkens opnieuw bekeken wordt wat de stand van zaken is van de implementatie van de evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten, welke barrières en faciliterende factoren er aan de orde zijn en welke implementatiestrategieën best worden aangewend. Er wordt ook telkens opnieuw bekeken of de implementatiecriteria nog accuraat en haalbaar zijn en welke stakeholders betrokken moeten worden bij de implementatie.

In wat volgt wordt eerst een samenvatting gegeven van de verschillende fasen en bijhorende stappen, en worden deze vervolgens verder uitgediept. In bijlage 1 vindt u een checklist die u kan gebruiken om na te gaan of deze verschillende stappen werden uitgevoerd.



Reken voor het doorlopen van het volledige implementatieproces minimum een jaar à anderhalf jaar, waarbij ook voortdurend aandacht moet zijn voor de continuering van de implementatie nadat de verschillende fasen en bijhorende stappen doorlopen zijn. Informatie die nodig is om de tijdsinvestering per stap te kunnen bepalen, staat in deze leidraad bij elke stap aangegeven. Deze informatie is gebaseerd op gegevens uit het pilootproject.

Samenvatting van het stappenplan

AANDUIDEN VAN CLINICAL LEADER(S) EN SAMENSTELLEN VAN EEN WERKGROEP KWALITEITSBEVORDERING (H3)

1. Duid (een) clinical leader(s) aan: overleg samen met verantwoordelijken en het team welke perso(o)n(en) de rol van clinical leaders op zich nemen. Houd rekening met betrokkenheid in de praktijk, klinisch relevante ervaring, 'opinieleiders', draaglast en draagkracht. Kies bij voorkeur voor een duo van clinical leaders.
2. Zorg ervoor dat deze clinical leaders het formele mandaat en de ondersteuning krijgen van de directie om het implementatieproces van evidence-based richtlijnen (EBR) en meetinstrumenten in de voorziening bottom-up in gang te zetten en te begeleiden.
3. Stel een werkgroep kwaliteitsbevordering samen met mensen die geïnteresseerd en gemotiveerd zijn om te werken rond de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten. Zij vormen het klankbord van de clinical leader(s).

OPSTELLEN VAN IMPLEMENTATIECRITERIA (H4)

1. Bepaal samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering rond welke zorgaspecten er gewerkt zal worden. Doe eventueel een nodenbevraging bij stakeholders indien hier geen duidelijkheid over bestaat.
2. Selecteer EBR en kernaanbevelingen die geïmplementeerd zullen worden in de voorziening.
3. Selecteer meetinstrumenten die geïmplementeerd zullen worden in de voorzieningen.
4. Stel implementatiecriteria op voor de EBR en de meetinstrumenten. Zorg ervoor dat deze criteria meetbaar en observeerbaar, betrouwbaar, eenduidig en herhaalbaar, flexibel en evalueerbaar zijn. De vereiste informatieverzameling moet haalbaar en aanvaardbaar zijn gezien het aantal stafleden en het aantal cliënten. Hou dus ook rekening met structurele voorwaarden, met name de middelen die nodig zijn om de criteria te kunnen implementeren. Geef aan welke uitzonderingen er zijn op de implementatiecriteria.
5. Stel standaarden voorop met betrekking tot de implementatiecriteria.
6. Stel instructies op voor dataverzameling met betrekking tot de implementatiecriteria.
7. Verspreid de implementatiecriteria en verwachte standaarden naar alle stakeholders met mogelijkheid tot feedback.

UITVOEREN VAN EEN STAKEHOLDERSANALYSE (H5)

1. Breng samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering in kaart welke stakeholders van belang zijn bij de implementatie van de EBR en meetinstrumenten. Maak hierbij een onderscheid tussen externe en interne stakeholders, strategische en operationele stakeholders.
2. Ga na welke impact de stakeholders ondervinden van het implementatieproces en welke invloed zij erop kunnen uitoefenen.
3. Bekijk op basis van deze informatie op welke manier met en naar deze stakeholders gewerkt moet worden.
4. Bepaal de houding van de stakeholders, de bijdrage die zij kunnen leveren aan het implementatieproces en de tijdsinvestering die hier tegenover staat.

KLINISCHE AUDIT (H6)

1. Bepaal rond welke implementatiecriteria u een klinische audit wil uitvoeren.
2. Bepaal op welke momenten de klinische audit zal uitgevoerd worden.
3. Communiceer de basisprincipes van de klinische audit naar stakeholders.
4. Leg de resultaten van de klinische audit samen en communiceer ze naar alle relevante stakeholders, met de mogelijkheid tot feedback. Gebruik de resultaten om verdere implementatiestrategieën te bepalen en de implementatiecriteria eventueel aan te passen indien nodig.

ANALYSEREN VAN BARRIERES EN FACILITERENDE FACTOREN (H7)

1. Bepaal samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering welke methode gebruikt zal worden bij het in kaart brengen van verwachte en ervaren barrières en faciliterende factoren. Kies een methode die haalbaar is qua investering en behandel de resultaten van deze analyse zo vertrouwelijk mogelijk. Dit kan een brainstorm zijn, maar ook focusgroepen, interviews of vragenlijsten.
2. Maak een opsplitsing tussen barrières en faciliterende factoren op het vlak van de innovatie, hulpverleners, het team, cliënten, de organisatie en het gezondheidssysteem.

BEPALEN VAN IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN OP MAAT (H8)

1. Bepaal aan welke implementatiecriteria gewerkt moet worden.
2. Bepaal de voornaamste barrières en bepaal de veranderbaarheid van deze barrières.
3. Bepaal welke faciliterende factoren versterkt moeten en kunnen worden.
4. Bepaal welke implementatiestrategieën naar welke stakeholders gebruikt zullen worden. Leg vast wie verantwoordelijk is voor de implementatiestrategieën. Leg de timing van de implementatiestrategieën vast.
5. Communiceer op een goede manier en naar alle relevante stakeholders over de implementatiecriteria.
6. Voer de gekozen implementatiestrategieën uit en evalueer ze.

Meer lezen?

European Commission (2004) *Aid Delivery Methods: Project Cycle Management Guidelines*. Brussels: European Commission

3 AANDUIDEN VAN CLINICAL LEADER(S) EN SAMENSTELLEN VAN EEN WERKGROEP KWALITEITSBEVORDERING

"We willen kwaliteitsbevordering concreet ervaren in de dagdagelijkse praktijk. Niet als iets wat van buitenaf wordt opgelegd, als iets wat we moeten doen om sancties te vermijden of negatieve beeldvorming te voorkomen. We willen kwaliteitsbevordering graag zien als een kernopdracht binnen onze eigen professionele verantwoordelijkheid."



Doelstelling

Ons uitgangspunt is dat de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten zo veel mogelijk bottom-up dient te gebeuren, waarbij stakeholders in elke fase van het proces betrokken moeten worden. Het erkennen en inzetten van clinical leaders of klinische voortrekkers is hierbij essentieel. Doelstelling van deze fase is het aanduiden van één of meerdere clinical leaders en het samenstellen van een werkgroep kwaliteitsbevordering die de clinical leader(s) ondersteunt.

Samenvatting

1. Duid één of meerdere clinical leaders aan: overleg samen met verantwoordelijken en het team welke personen de rol van clinical leader op zich nemen. Hou rekening met betrokkenheid in de praktijk, klinisch relevante ervaring, 'opinieleiders', draaglast en draagkracht. Kies bij voorkeur voor een duo van clinical leaders.
2. Zorg ervoor dat deze clinical leaders het formele mandaat en de ondersteuning krijgen van de directie om het implementatieproces van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten in de voorziening bottom-up in gang te zetten en te begeleiden
3. Stel een werkgroep kwaliteitsbevordering samen met mensen die geïnteresseerd en gemotiveerd zijn om te werken rond de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten. Zij vormen het klankbord van de clinical leaders.

Theoretische achtergrond

Bij de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten in de verslavingszorg spelen verschillende mechanismen een rol: zaken die tussen collega's spelen, 'de wandelgangen', de invloed van 'opinieleiders' in een team. Door de veelheid van beïnvloedende factoren is geen enkele benadering op zich voldoende om een goede implementatie te realiseren, maar zijn veelal verschillende implementatiestrategieën nodig.
Een effectieve en blijvende implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten moet sterk gedragen, uitgestraald en verdedigd worden vanuit management en beleid. Het top-down opleggen van nieuwe manieren van werken is echter geen voldoende garantie op succes (Ham, 2003). Veranderingen die zonder effectieve betrokkenheid van mensen op de werkvloer geïntroduceerd worden, blijken fragiel te zijn. 'Big bang'-veranderingen ressorteren meestal slechts een beperkt effect.

De implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten dient dan ook bottom-up begeleid te worden door iemand die in de dagelijkse praktijk staat, over de nodige competenties beschikt en alle mogelijke stakeholders op een goede manier weet te betrekken. We noemen deze persoon een 'clinical leader' (Ham, 2003).

Werkwijze

Stap 1: het aanduiden van (een) clinical leader(s)

Een clinical leader is iemand die op de hoogte is van en meedraait in de dagelijkse praktijk van de voorziening en het implementatieproces bottom-up begeleidt. Het is aangewezen om te werken met een duo van clinical leaders: zij kunnen elkaar ondersteunen en eventuele afwezigheden van elkaar opvangen. Bij het aanduiden van één of meerdere clinical leaders is het aangewezen om rekening te houden met de taken die de clinical leader moet uitvoeren en de competenties en eigenschappen die hiervoor nodig zijn. Hou hierbij het evenwicht tussen draaglast en draagkracht in de gaten.

Belangrijke taken van een clinical leader:
- Hij begeleidt en volgt het implementatieproces op een planmatige manier op (zie hoofdstuk 2).
- Hij zorgt ervoor dat zo veel mogelijk stakeholders in elke fase van dit proces betrokken worden.
- Hij wisselt uit met directie en teamleden en is ook de tussenpersoon tussen directie en teamleden.

Een goede clinical leader:
- heeft klinische ervaring en achtergrond.
- heeft autoriteit en geloofwaardigheid.
- is bereid om te leren.
- heeft een open houding.
- beschikt over 'common sense' en ethiek.
- heeft kennis met betrekking tot veranderingsmanagement of is bereid hierover een passende opleiding te volgen.

🕒 *De persoon binnen de voorziening die het proces op gang wil trekken, moet tijd vrijmaken om de leidraad op voorhand door te nemen en de implementatiecyclus (hoofdstuk 2) voor te stellen aan het team. Binnen een bestaand teamoverleg kan vervolgens tijd vrijgemaakt worden om te bepalen wie de rol van clinical leader op zich zal nemen.*

Stap 2: mandaat en ondersteuning van de directie

Voor het slagen van het implementatieproces is het onontbeerlijk dat clinical leaders ondersteund worden door hun directie en het formele mandaat krijgen om veranderingen bottom-up door te voeren. Dit mandaat moet door de directie gecommuniceerd worden naar de andere medewerkers. Een combinatie van clinical (bottom-up) en managerial (top-down) leadership is dan ook altijd aangewezen.

Clinical leaders dienen ook de nodige tijd te krijgen om hun taken te volbrengen. De implementatie van veranderingen kan niet zonder meer bovenop het dagelijkse takenpakket komen.

Belangrijke aandachtspunten voor directie zijn verder:

- het expliciet kiezen voor de verandering die het werk van de clinical leader teweeg zal brengen.
- het zorgen voor een cultuur waarbinnen clinical leadership mogelijk is en waarin mensen ook bereid zijn hun peers te volgen.
- het uiten van waardering voor het werk dat de clinical leaders verrichten en het erkennen van hun inspanningen.

Stap 3: het samenstellen van een werkgroep kwaliteitsbevordering

Clinical leaders hebben een klankbord nodig om de manier waarop ze het implementatieproces begeleiden en monitoren te kunnen aftoetsen. Het is van belang dat zij een werkgroep kwaliteitsbevordering samenstellen, met collega's die geïnteresseerd zijn en gemotiveerd zijn om rond de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten te werken.

🕒 *De clinical leader dient tijd vrij te maken om de leidraad kwaliteitsbevordering door te nemen. De vraag naar kandidaten voor de werkgroep dient aan bod te komen op een bestaand overleg. De werkgroep kwaliteitsbevordering kan een eerste keer samenkomen om de implementatiecyclus te overlopen en een planning op te stellen.*

Aandachtspunten

- Clinical leaders stellen zich best niet op als 'heroïsche individuen': alles alleen willen doen is niet efficiënt en niet effectief. In duo werken en met een werkgroep kwaliteitsbevordering, is comfortabeler en biedt een klankbord tijdens een proces dat traag en moeizaam kan verlopen.
- Wees niet ongeduldig: veranderen gaat traag en het op een rustige, planmatige manier aanpakken heeft vaker een blijvend resultaat dan grote 'big bang'-veranderingen die van bovenaf opgelegd worden.
- Hou rekening met mogelijke weerstanden bij collega's die hechten aan hun autonomie en niet zomaar aanvaarden dat een 'peer' een leadershiprol op zich neemt. Zorg ervoor dat clinical leaders steeds het mandaat krijgen van hun directie en door hen gesteund worden.
- Indien verwacht wordt dat de term 'clinical leader' op weerstand zal botsen, kunnen ook alternatieven gezocht worden, bijvoorbeeld 'klinische voortrekker'

VOORBEELDEN VAN CLINICAL LEADERSHIP DUO'S:

- hoofdverpleegkundige en afdelingspsycholoog
- klinisch coördinator en stafmedewerker kwaliteitszorg
- duo van psychologen

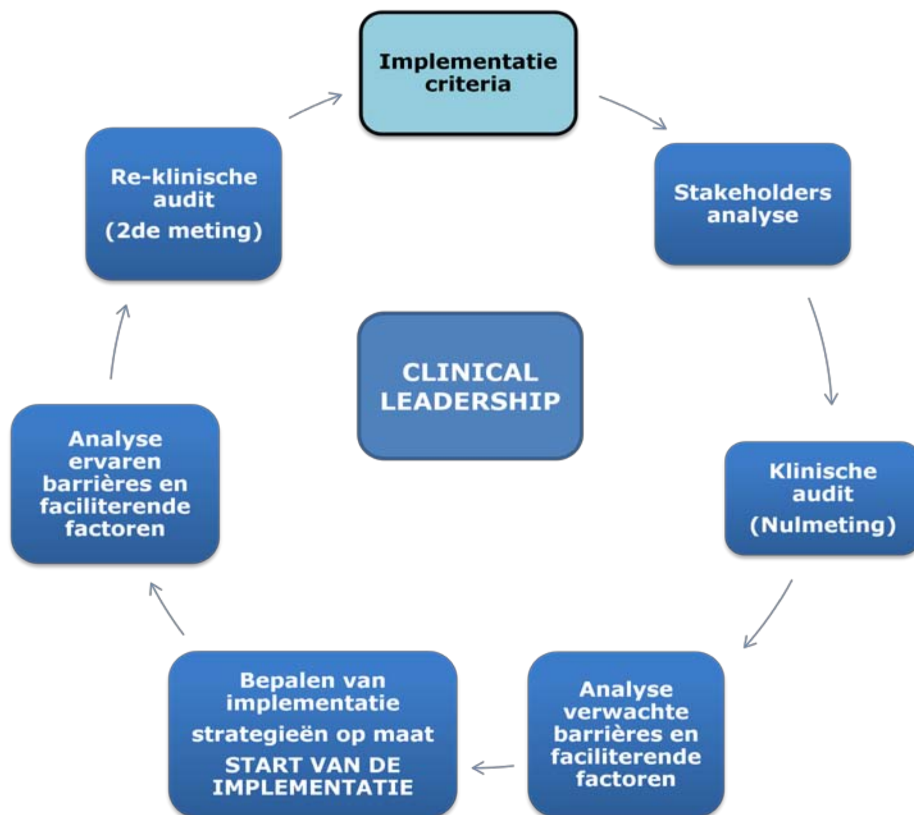
Meer lezen?

Ham, C. (2003) Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. The Lancet.

NHS, de National Health Service in de UK, ontwierp het ‘Leadership Qualities Framework’, dat een overzicht biedt van kwaliteiten van goede leiders en de mogelijkheid om deze kwaliteiten bij uzelf in kaart te brengen. U vindt deze vragenlijst op de volgende website terug: www.vad.be/media/126215/nhs%20the_framework.pdf

4 OPSTELLEN VAN IMPLEMENTATIECRITERIA

"Ik heb gemerkt dat het concretiseren en objectiveren van wat geïmplementeerd moest worden zeer verhelderend en motiverend bleek te zijn en tot tevredenheid stemde bij medewerkers."



Doelstelling

Doelstelling van deze fase is het bepalen van de zorgaspecten waarrond gewerkt zal worden en welke evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten tegemoet komen aan de noden die op dit vlak binnen de voorziening ervaren worden. Vervolgens is de doelstelling om deze evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten te vertalen naar implementatiecriteria.

Samenvatting

1. Bepaal samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering rond welke zorgaspecten er gewerkt zal worden. Doe eventueel een nodenbevraging bij stakeholders indien hier geen duidelijkheid over bestaat.
2. Selecteer evidence-based richtlijnen en kernaanbevelingen die geïmplementeerd zullen worden in de voorziening.
3. Selecteer meetinstrumenten die geïmplementeerd zullen worden in de voorzieningen.
4. Stel implementatiecriteria op voor de evidence-based richtlijnen en de meetinstrumenten. Zorg ervoor dat deze criteria meetbaar en observeerbaar, betrouwbaar, eenduidig en herhaalbaar, flexibel en evalueerbaar zijn. De vereiste informatieverzameling moet haalbaar en aanvaardbaar zijn gezien het aantal stafleden en het aantal cliënten. Hou dus ook rekening met structurele voorwaarden die nodig zijn om de criteria te kunnen implementeren. Geef aan welke uitzonderingen er zijn op de implementatiecriteria.
5. Stel standaarden voorop met betrekking tot de implementatiecriteria.
6. Stel instructies op voor dataverzameling met betrekking tot de implementatiecriteria.
7. Verspreid de implementatiecriteria en verwachte standaarden naar alle stakeholders met mogelijkheid tot feedback.

Theoretische achtergrond

Wanneer men aan kwaliteitsbevordering wil doen, is het belangrijk dat allereerst de zorgaspecten vastgelegd worden waarrond men wil werken. Dit kan zowel gaan om zorgstructuur, zorgproces als zorguitkomsten. Binnen deze leidraad ligt de focus op het **zorgproces**.

Daarna wordt nagegaan welke evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten er bestaan met betrekking tot deze zorgaspecten, om deze vervolgens te vertalen naar concrete implementatiecriteria. De evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten zijn met andere woorden de basis voor de implementatiecriteria.

Evidence-based richtlijnen zijn "documenten met aanbevelingen ter ondersteuning van de besluitvorming door professionelen in de zorg en door patiënten, gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen" (Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO, 2007). In evidence-based richtlijnen bundelt men dus het huidige beste bewijs uit wetenschappelijk onderzoek en vertaalt men dit in concrete aanbevelingen voor de praktijk, op basis van vooraf bepaalde beoordelingscriteria en de mening van experts (Autrique et al., 2009). Het gaat om een integratie van evidentie met de expertise van de hulpverlener en de wensen en voorkeuren van de cliënt, binnen de context waarin men werkt. Evidence-based richtlijnen kunnen hulpverleners helpen om beslissingen te nemen over gepaste interventies, kunnen bijdragen aan de consistentie van de implementatie van interventies, aan transparantie, coördinatie en continuïteit van zorg. Ze kunnen ook monitoring en evaluatie van behandeling vereenvoudigen (Grol et al., 2001). Het werken met evidence-based richtlijnen leidt tot een zekere rationalisering van uw handelen naar patiënten, waardoor alle patiënten dezelfde kansen krijgen. Het zijn handvatten die u kunnen helpen om uw therapiesessies in te vullen en zijn ook instrumenten om de werking van uw voorziening kritisch in vraag te stellen. Een aantal mythen en verkeerde veronderstellingen van waaruit gewerkt wordt, kunnen ontkracht worden, wat cliënten en behandelaars ten goede komt.

In België werden op nationaal niveau nog niet veel evidence-based richtlijnen specifiek voor de verslavingszorg ontwikkeld. Sommige voorzieningen maken echter gebruik van internationale richtlijnen, waarbij ze deze aanpassen aan hun specifieke behandelcontext. Een methodiek om richtlijnen naar een lokale context aan te passen, is ADAPTE. Meer informatie hierover vindt u terug bij het onderdeel 'opstellen van implementatiecriteria'.

Het werken met **meetinstrumenten** maakt uitkomsten zichtbaar. Het maakt ook dat er op een meer objectieve manier naar de cliënt gekeken kan worden en op die manier kan elke patiënt zorg op maat aangeboden krijgen. Het vertraagt in de positieve zin: de werking wordt meer in vraag gesteld en er wordt bewuster te werk gegaan. Meetinstrumenten kunnen een insteek bieden om met de cliënt aan de slag te gaan, een aanzet vormen binnen de therapie. Ze kunnen zowel aan de begeleider als aan de cliënt nieuwe inzichten geven. Ze kunnen een klinische indruk bevestigen of net weerleggen.

Volgens Walburg (2003) zijn er vier soorten uitkomsten: klinische uitkomsten, functionele uitkomsten, waardering door cliënt en omgeving en kosten. Deze kunnen gemeten worden aan de hand van kwantitatieve en kwalitatieve instrumenten. Idealiter worden de vier uitkomstmaten gecombineerd. Aangezien er weinig meetinstrumenten bestaan voor het meten van kosten en hieraan geen prioriteit werd gegeven door het werkveld (werkgroepen kwaliteitsbevordering VAD, 2008 – 2009), werd dit kwadrant niet opgenomen binnen deze leidraad. In plaats daarvan werd beslist om te werken rond uitkomsten op het vlak van motivatie, gezien de relevantie daarvan voor de verslavingszorg.

Klinische uitkomsten	**Functionele uitkomsten**
Cliënttevredenheid	**Motivatie**

Klinische uitkomsten geven de waarneembare veranderingen in de symptomen van de cliënt weer (Keymolen, 2007). Het monitoren van deze uitkomsten geeft hulpverleners en cliënten inzicht in de vooruitgang van de cliënt, ten opzichte van wat men redelijkerwijs mag verwachten. Het uitblijven van een verwacht effect kan ertoe leiden dat de behandeling of de diagnose bijgesteld wordt.

Functionele uitkomsten geven het vermogen van de cliënt weer om te functioneren in het dagelijkse leven (Keymolen, 2007). Dit behelst drie grote domeinen, met name het fysiek, het psychisch en het sociaal-maatschappelijk functioneren. De kwaliteit van leven neemt hier een belangrijke plaats in.

De *waardering* door de cliënt hangt af van de verwachtingen van de cliënt en van de feitelijke dienstverlening (Keymolen, 2007). De cliënt maakt een vergelijking tussen wat hij verwacht, wenst of ervaart en wat hij krijgt, wat leidt tot een positieve of negatieve waardering. De meeste zorgorganisaties beschikken over een instrument om de waardering of tevredenheid van cliënten en hun directe omgeving te meten. Met de waardering van de omgeving worden vooral de naaste familieleden bedoeld worden maar ook soms belangrijke derden uit de omgeving van de cliënt. Vaak zijn hier verschillende personen terzelfder tijd van belang. Bij ernstige psychische problemen is het mogelijk dat de cliënt zelf weinig tevredenheid zal te kennen geven.

Het werken rond *motivatie* is een belangrijk aspect in de behandeling van alcohol- en drugproblemen. Mensen doorlopen vaak verschillende fasen vooraleer zij de beslissing nemen om de risico's van hun gebruik te beperken, te minderen of stop te zetten. Daarom wordt in deze leidraad specifieke aandacht besteed aan meetinstrumenten die de motivatie van cliënten om hun gedrag te veranderen, in kaart brengen.

Werkwijze

Dit hoofdstuk is zeer uitgebreid. Om een duidelijk overzicht te behouden kan het helpen om de samenvatting van het stappenplan erbij te nemen. Tool 1, die u achteraan deze leidraad vindt, geeft ook een mooi overzicht van het resultaat dat u zou moeten bekomen na het doorlopen van deze verschillende stappen.

Stap 1: Bepalen van zorgaspecten

De clinical leader bekijkt in samenwerking met de werkgroep kwaliteitsbevordering rond welke zorgaspecten men aan kwaliteitsbevordering wil doen binnen de voorziening en rond welke zorgaspecten men prioritair aan de slag zal gaan.

VOORBEELDEN: we willen de kwaliteit bevorderen van de opiaat detoxificatie, werken aan cliënttevredenheid, de kwaliteit van de doorverwijzing verbeteren, de kwaliteit bevorderen van het assessment, van het behandelplan of van het multidisciplinair patiëntenoverleg.

Bij het bepalen van zorgaspecten gelden de volgende aandachtspunten:

- Hou rekening met de noden die binnen de voorziening ervaren worden. Indien deze noden niet duidelijk zijn, is het belangrijk dat deze in kaart gebracht worden en afgetoetst worden bij stakeholders (zie hoofdstuk 5). De fase van het opstellen van implementatiecriteria en de fase van de stakeholdersanalyse zullen in veel gevallen dus parallel verlopen.
- Onderbouw steeds duidelijk waarom voor een bepaald zorgaspect gekozen wordt. Het voornaamste doel is altijd de verbetering van uitkomsten bij cliënten.
- Zorg ervoor dat de vooropgestelde zorgaspecten passen binnen het beleid en de missie van de organisatie.
- Probeer niet te veel tegelijk te veranderen en beperk u om te beginnen tot één of twee zorgaspecten.
- Hou bij de keuze van zorgaspecten voldoende rekening met de logica van de behandelopzet binnen de voorziening en met de haalbaarheid binnen de context van de voorziening.

🕒 *De tijd die hiervoor nodig is, hangt af van de mate waarin reeds op voorhand duidelijk is welke aspecten van de zorg men wil verbeteren. Indien dit niet het geval is, kan een nodenbevraging aangewezen zijn.*

Stap 2: selecteren van evidence-based richtlijnen en kernaanbevelingen

Evidence-based richtlijnen die relevant zijn voor het zorgaspect waarrond men wil werken, worden door de clinical leaders en de werkgroep kwaliteitsbevordering opgezocht en doorlopen. Er wordt nagegaan welke kernaanbevelingen relevant zijn.

Voor de verslavingszorg bestaan er verschillende – internationale – evidence-based richtlijnen. Er zijn middelenspecifieke richtlijnen alsook enkele algemene richtlijnen voor de behandeling van middelengerelateerde problemen. Er bestaan daarnaast ook richtlijnen voor specifieke interventies zoals detoxificatie, case management, farmacologische interventies, intensieve ambulante behandeling, kortdurende interventies, familietherapie, groepstherapie en nazorg.

VAD actualiseerde een bestaand overzicht van evidence-based richtlijnen voor de behandeling van alcohol- en druggerelateerde problemen (Autrique et al., 2007) en beoordeelde al deze richtlijnen op hun kwaliteit aan de hand van criteria gebaseerd op het AGREE-instrument (the AGREE Collaboration, 2001) en het GLIA-instrument (Shiffman et al., 2005). Meer specifiek worden in deze kwaliteitsbeoordeling methodologie, helderheid en presentatie, toepassingsmogelijkheden, flexibiliteit en onafhankelijkheid van de opstellers beschreven.

Het overzicht met bijhorende weblinks naar de richtlijnen en kwaliteitsbeoordelingen is terug te vinden op de website van VAD, gegroepeerd per thematiek (www.vad.be bij evidence-based werken - kwaliteitsbevordering). Meer specifiek gaat het om richtlijnen met betrekking tot:

- problematisch gebruik van alcohol;
- problematisch gebruik van cannabis;
- problematisch gebruik van alcohol en cannabis;
- problematisch gebruik van alcohol, cocaïne en opiaten;
- problematisch gebruik van benzodiazepines;
- problematisch gebruik van cocaïne;
- problematisch gebruik van opiaten;
- problematisch gebruik van opiaten, benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica;

- dubbele diagnose;
- de behandeling van middelengebruik gecombineerd met hiv;
- specifieke interventies (o.a. detoxificatie, brief intervention, ambulante behandeling, motivationele gespreksvoering, hervalpreventie…);
- algemene richtlijnen voor de behandeling van alcohol- en drugproblemen.

Om Engelstalige richtlijnen toegankelijk te maken, vertaalde VAD binnen het project kwaliteitsbevordering reeds twee richtlijnen, die terug te vinden zijn op de website.

VOORBEELD VAN SELECTIEPROCES VAN EVIDENCE-BASED RICHTLIJNEN:

We zijn op zoek naar richtlijnen om rond individuele ambulante begeleiding te werken. Op de VAD-website staat een overzicht van verschillende richtlijnen. We kiezen hierbij niet voor middelenspecifieke richtlijnen, maar nemen de algemene richtlijnen en de richtlijnen met betrekking tot specifieke interventies door.

De richtlijn van UNODC (2003) is voor ons niet echt vernieuwend. In de kwaliteitsbeoordeling van de richtlijn van Magellan Health Services (2004) lezen we dat er mogelijke inmenging is van de farmaceutische industrie, waardoor we onze twijfels hebben. Bovendien zijn we op zoek naar een richtlijn die focust op individuele begeleiding, zonder focus op medicamenteuze ondersteuning. De MQIC-richtlijn is kort en gefocust op relevante stappen –waarvoor evidentie- die doorgaans voorafgaan aan een individuele begeleiding. De richtlijn is zeker bruikbaar als checklist.

Bij de richtlijnen die zich richten op specifieke interventies, maken we een selectie op basis van de datum van de richtlijn, de relatie met ambulante drughulpverlening, de focus op psychosociale begeleiding en de kwaliteitsbeoordeling op de VAD-website. We komen uit bij twee richtlijnen. De NICE-richtlijn (2007) is op het eerste zicht niet middelenspecifiek. Hiervan consulteren we zowel de door VAD vertaalde kernaanbevelingen als de originele NICE-richtlijnen.

De TIP 47-richtlijn (2006) steunt meer op ervaring en kennis van clinici, onderzoekers en administratieve experts. Ze is gebaseerd op evidence-based literatuur en ervaring van experten.

Uit deze richtlijnen selecteren we de kernaanbevelingen die het meest aansluiten bij de vragen en doelstellingen die we hebben. We gaan deze aanbevelingen verder toetsen en operationaliseren naar implementatiecriteria voor de ambulante individuele begeleiding in onze voorziening.

🕒 *Deze stap is vrij tijdsintensief. Maak tijd vrij om richtlijnen die relevant zijn voor het zorgaspect waarrond men wil werken, op te zoeken en door te nemen. Richtlijnen zijn vaak stevige bundels en het kan zinvol zijn het werk te verdelen binnen de werkgroep kwaliteitsbevordering. Het overzicht op de website van VAD met bijhorende kwaliteitsbevordering kan de tijdsinvestering alvast verminderen.*

Stap 3: selecteren van meetinstrumenten

Indien men wil werken rond bepaalde cliëntuitkomsten, wordt binnen de werkgroep kwaliteitsbevordering bekeken welke meetinstrumenten hiervoor gepast zijn en of ze wetenschappelijk gevalideerd zijn.

Als u een overzicht wil raadplegen van bestaande meetinstrumenten kan u terecht op de website van VAD (www.vad.be bij evidence-based werken – kwaliteitsbevordering). De meetinstrumenten staan gerangschikt per kwadrant. Ze werden door de werkgroep uitkomstenmanagement beoordeeld op specificiteit voor de alcohol- en drugsector, betrouwbaarheid, validiteit, veranderingsgevoeligheid, afnameduur, beschikbaarheid, prijs en taal. Op basis van deze beoordeling worden zowel Nederlandstalige als Engelstalige instrumenten aanbevolen.

VOORBEELD VAN SELECTIEPROCES VAN EEN MEETINSTRUMENT:

In onze voorziening wordt al gebruik gemaakt van een standaardinstrument (EuropASI) en er is reeds een protocol over de afname en het gebruik van dit instrument, feedback aan de cliënt en van daaruit advies voor verdere begeleiding en/of verwijzing. Daarnaast beschikken we al over een geïnformatiseerd opvolgsysteem van alle cliënten die zich aanmelden, vanaf hun eerste contactname tot hun laatste beroep op onze voorziening. Deze praktijk willen we blijvend ondersteunen en consolideren.

Voor identificatie en assessment willen we een aantal aanbevelingen verder uitwerken en/of opvolgbaar maken aan de hand van een meetinstrument, met name:

1. Stel de risicofactoren van de patiënt vast, zijn probleembegrip en zijn veranderbereidheid.
2. Onderhandel over doelstellingen en strategieën om het gebruik te verminderen en/of voor andere veranderingen.
3. Zorg ervoor dat het behouden van engagement/motivatie een belangrijke focus blijft van het behandelplan.

Op basis van het overzicht van VAD en de bijhorende kwaliteitsbeoordeling is er keuze tussen twee instrumenten: de Readiness to Change Questionnaire (RCQ) en de Motivatie voor Behandeling schaal (MfT(O) – cliënt en observator).
We laten de keuze over aan de relevante stakeholders die we op basis van de stakeholdersanalyse in kaart hebben gebracht, en dit op basis van een onderbouwde voorstelling van beide instrumenten.

🕒 *Maak tijd vrij voor het opzoeken en doornemen van meetinstrumenten en bijhorende handleidingen. Dit kan tijdsintensief zijn en het kan aangewezen zijn het werk te verdelen binnen de werkgroep kwaliteitsbevordering. Het overzicht op de website van VAD kan de tijdsinvestering alvast verminderen.*

Stap 4: opstellen van implementatiecriteria

Binnen de geselecteerde **evidence-based richtlijnen** wordt nu bekeken of en op welke manier de relevante kernaanbevelingen eventueel aangepast moeten en kunnen worden aan de context van de voorziening. Een hulpmiddel hierbij kan de ADAPTE methode zijn. ADAPTE wordt gedefinieerd als *"A systematic approach to considering the use and/or modification of guidelines produced in one cultural and organizational setting for application in another context."* (ADAPTE Collaboration, 2006). ADAPTE kan gebruikt worden door richtlijnontwikkelaars, praktijkwerkers en besluitvormers, zowel op lokaal als op internationaal niveau. Men kan één richtlijn selecteren en aanpassen naar de lokale context, of men kan alle kwaliteitsvolle richtlijnen samennemen en aanpassen naar een richtlijn voor de eigen context. ADAPTE bestaat uit 24 stappen die doorlopen moeten worden door een groep met alle relevante stakeholders. Het is een tijdsintensieve methode, maar kan ook gebruikt worden als inspiratiebron, waarbij uit verschillende tools informatie geplukt kan worden. De ADAPTE-handleiding en de bijhorende toolkit vindt u op www.adapte.org

Wanneer één of meerdere **meetinstrumenten** geselecteerd zijn, wordt bepaald bij welke cliënten deze instrumenten zullen worden afgenomen, op welke momenten en door wie.

Op basis van deze informatie worden nu implementatiecriteria opgesteld. Hierbij zijn verschillende aandachtspunten:

- Verduidelijk variabelen die gemeten worden, cliëntenpopulaties en de tijdsperiode.

VOORBEELD:
Aanbeveling: Kwetsbare jongeren onder 25 moeten gescreend worden op middelenmisbruik.
Criterium: Alle kwetsbare jongeren in onze voorziening onder 25 worden gescreend op middelenmisbruik aan de hand van de SEM-J (individueel screeningsinstrument ervaringen met middelengebruik – jongeren).
In dit voorbeeld is het belangrijk volgende termen en aspecten te verduidelijken:
- middelenmisbruik (variabele);
- *kwetsbare* jongeren vb. familieleden die middelen misbruiken, gedragsproblemen, spijbelt (cliëntenpopulatie);
- over welke periode gaan we na of dit effectief gebeurt? Bijvoorbeeld van 15/9 tot en met 15/10 (tijdsperiode).

- Zorg ervoor dat de criteria meetbaar en observeerbaar, betrouwbaar, eenduidig en herhaalbaar en flexibel en evalueerbaar zijn.

- Zorg ervoor dat de criteria haalbaar en aanvaardbaar zijn voor staf en cliënten: er moet rekening gehouden worden met structurele voorwaarden, met name de middelen die nodig zijn om best practice te kunnen implementeren. Meer specifiek gaat het om bepaalde kennis en vaardigheden, staf, tijd, materiaal en veranderingen in structuur van de organisatie/het zorgprogramma die nodig zijn voor de implementatie. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat de staf een training moet volgen om de EuropASI te kunnen gebruiken of om motiverende gespreksvoering toe te kunnen passen, dat er supervisie hierover voorzien moet worden, dat er tijd moet vrijgemaakt worden tijdens de teambesprekingen om de afname van een meetinstrument in te oefenen of cliënten voortaan aan de hand van het nieuwe behandelplan te bespreken of er kaartjes gedrukt moeten worden om informatie over nazorg aan cliënten mee te geven bij afronding.

VOORBEELD:
Criterium: Ouders/verzorgers van kinderen tussen tien en twaalf die aanhoudend agressief en storend gedrag vertonen en volgens assessment een hoog risico lopen op middelenmisbruik, krijgen groepstraining in opvoedingsvaardigheden aangeboden.
Structurele voorwaarden: De groepstraining moet gegeven worden door praktijkwerkers die hierin getraind zijn en moet maandelijks plaatsvinden over een één-twee-jarige periode.

- Geef uitzonderingen aan bij het criterium en geef bijkomende toelichting indien nodig.

VOORBEELD M.B.T. MEETINSTRUMENT:
Criterium: Cliënten worden bij afsluiting van de behandeling gevraagd om de Trimbos thermometer in te vullen.
Uitzonderingen: Cliënten die alleen een intake, een 'crisiscontact' of twee gesprekken hebben gehad.
Toelichting: Aan elke cliënt wordt bij afsluiting van de behandeling een Trimbos-thermometer meegegeven. Hij kan deze meteen invullen. Indien dit niet mogelijk is kan hij het opsturen binnen de twee weken met een portvrije enveloppe die hem wordt meegegeven. Anonimiteit wordt gegarandeerd.

VOORBEELD M.B.T. EVIDENCE-BASED RICHTLIJN:
Criterium: Voor alle cliënten met een opiaatafhankelijkheid die zich nieuw aanmelden voor een behandeling met substitutiemedicatie wordt maximum drie weken na afname en interpretatie van de EuropASI binnen een multidisciplinair overleg een behandelplan opgesteld.
Uitzonderingen: Indien de afname van de EuropASI niet mogelijk is omwille van de uitzonderingsvoorwaarden zoals in een ander criterium beschreven, zal er binnen het multidisciplinair overleg toch een behandelplan worden besproken. In het behandelplan kunnen naargelang van de setting en het zorgaanbod andere accenten worden gelegd.
Toelichting: We baseren ons hiervoor op de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB, 2005) en meer specifiek op de kernaanbevelingen omtrent het multidisciplinair patiëntenoverleg en het opstellen van het behandelplan. Het multidisciplinair overleg is een teamvergadering (wekelijks) en/of een intervisievergadering (maandelijks). Hierop zijn o.a. artsen, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, psychiater en externe deskundigen (OCMW, CAW) aanwezig. Binnen RIOB (2005) wordt aangegeven om volgende items op te nemen tijdens het eerste multidisciplinaire overleg: gegevensverzameling (gegevens intake hulpverlener en arts), probleeminventarisatie (problemen op verschillende levensgebieden en relaties ertussen, doelstellingen op korte en lange termijn), begeleidingsmodule (hulpverlener, doel van de begeleiding, interventies op korte en lange termijn, evaluatie/terugkoppeling), medicatiemodule (opiaatvervangende medicatie, dosis, verstrekkingsvorm, doel, monitoring, urinecontroles, andere medicatie).

🕒 *Stap 4, 5, 6 en 7 kunnen samen bekeken worden. Het opstellen van implementatiecriteria met bijhorende standaarden en instructies voor dataverzameling is niet zo eenvoudig. Trek de nodige tijd uit voor overlegmomenten met de werkgroep en voor communicatie naar en feedback vanuit het team. De tijdsinvestering is afhankelijk van het aantal veranderingen dat zal worden doorgevoerd en het aantal criteria dat men wil opstellen. Bekijk steeds wat haalbaar is binnen de gegeven context.*

Stap 5: het vooropstellen van standaarden

Eens de implementatiecriteria zijn opgesteld, kunnen ze gebruikt worden om het implementatieproces te monitoren aan de hand van een klinische audit (zie hoofdstuk 10). Hiervoor is het nodig om standaarden voorop te stellen of met andere woorden uit te drukken vanaf wanneer men van een succes spreekt, indien mogelijk in percentages (zie onderstaande voorbeelden 1 en 2 en tool 1). Vaak zal dit neerkomen op 100% maar afhankelijk van de context en het moment binnen het implementatieproces kan het ook om een ander percentage gaan. Indien men op basis van onderzoek en/of eerdere ervaringen geen enkel idee heeft in verband met een mogelijke standaard, is het beter om dit open te laten.

🕒 *Zie stap 4.*

Stap 6: het opstellen van instructies voor dataverzameling

Er moeten ook instructies voor dataverzameling opgesteld worden: hoe gaat men bijhouden of het criterium wordt uitgevoerd zoals vooropgesteld? (zie onderstaande voorbeelden 1 en 2 en tool 1) Hierbij is het aangewezen om relevante routinematig verzamelde data te gebruiken indien deze beschikbaar zijn. Het uitwerken van verschillende aparte systemen is niet altijd efficiënt en ook tijdsintensief.

Cliëntendossiers kunnen gebruikt worden maar kunnen onvolledig zijn; het is daarom belangrijk om verschillende bronnen te gebruiken indien nodig en mogelijk. Zorg voor consistentie van de

dataverzameling: maak afspraken en ontwikkel formulieren waar nodig. De dataverzameling wordt best tot een minimum beperkt: men moet niet proberen om te veel data te verzamelen en de dataverzameling moet haalbaar zijn. Hou alles zo eenvoudig mogelijk. De vertrouwelijkheid van data moet steeds gegarandeerd worden.

🕒 *Zie stap 4.*

Criterium	Standaard (%)	Uitzonderingen	Toelichting / onderbouwing	Instructies voor dataverzameling
Bij alle residentieel opgenomen mensen die klinische symptomen van alcoholontwenning vertonen, wordt een ontwenningsprotocol opgestart: - CIWA-AR-schaal wordt aangemaakt (Clinical Institute Withdrawal of Alcohol scale); - Medicatieschema Tranxene 50 mg met een maximum van 6 toedieningen per 24 u. voor de duur van 5 dagen en Befact forte 2 toedieningen per 24 u.	100%	Geen	Multidisciplinaire richtlijn stoornis alcohol (Trimbos, 2007) – kernaanbeveling 1 Detoxificatie van alcohol, vormingsaanbod VAD.	CIWA-AR-schaal en medicatieschema gekoppeld aan het individueel elektronisch patiëntendossier.
Bij alle eerste opnamen van mensen met alcohol- en/of medicatieproblemen op de opnameafdeling doet de volgverpleegkundige (patiëntentoewijzing) binnen de eerste 5 weken na opnamedatum volgende interventies: - levensverhaal/drinkgeschiedenis opmaken; - opstellen van genogram; - motivationeel interview.	100%	Mentale beperking Korsakoff	Multidisciplinaire richtlijn stoornis alcohol (Trimbos, 2007) – kernaanbeveling 2 Principes van de motiverende gespreksvoering (stijl, attitude, gesprekstechnieken). Alle verpleegkundigen volgden de training motiverende gespreksvoering ofwel bij VAD ofwel via interne vorming.	Registratie van alle gesprekken terug te vinden in individueel elektronisch patiëntendossier. Datum afname vermeld. Afvinken in dossier van verpleegkundige taken.
Alle opgenomen mensen met verslavingsproblemen die in de behandelgroep zitten, maken in de sessie hervalpreventie een EHBO-kit aan met daarin minimum 3 van de 6 onderstaande lijsten: - een lijst van positieve activiteiten om te doen in rangorde van haalbaarheid en belangrijkheid; - een lijst van steunende mensen om op te bellen in nood, met hun telefoonnummer, in rangorde van haalbaarheid en belangrijkheid; - een lijst van eigen positieve eigenschappen en vaardigheden; - een lijst van effectieve hulpmiddelen uit het verleden; - een lijst van symbolische hulplijnen; - opmaak van een 'Flitskaart', met op de ene zijde 3 doemscenario's en aan de andere zijde 3 droomscenario's.	100%	Geen	Multidisciplinaire richtlijn alcohol (Trimbos, 2007) – kernaanbeveling 5	Registratie in individueel patiëntendossier onder groepsbegeleiders, activiteiten, EHBO-kit.

Criterium	Standaard (%)	Uitzonderingen	Toelichting/onderbouwing	Instructies voor dataverzameling
Alle opgenomen patiënten met problemen inzake misbruik/afhankelijkheid van alcohol/medicatie nemen gedurende hun opnameperiode minimaal één keer deel aan een infosessie van de AA en SOS-nuchterheid (alternerend, driewekelijks) op donderdagavond omstreeks 20 uur in de bezoekzaal.	70%	Heropnames na minder dan drie maanden	Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol (Trimbos, 2007) aanbeveling rond zelfhulpgroepen	Verpleegkundigen houden een lijst bij met aanwezigen. Notering in individueel behandelplan.
Bij alle opgenomen patiënten met problemen inzake misbruik/afhankelijkheid van alcohol/medicatie wordt de Motivation for Treatment (MfT) afgenomen bij aanvang van het groepsgericht gedragsgeoriënteerd motivatieversterkend programma en bij einde van het programma door de psycholoog (interval van 4-5 weken). Voor alle opgenomen patiënten met problemen inzake misbruik/afhankelijkheid van alcohol/medicatie die het motivatieversterkend programma volgen wordt de Mft-o bij aanvang van het programma en bij het einde ingevuld door de psycholoog (1ste week- 4-5de week).	80% 80%	Geen	De MfT sluit aan bij onze huidige werking (cf. motivationeel model). Het is beperkt in tijdsinvestering en kan een waardevolle aanvulling vormen voor onze bestaande screening. Het is een eenvoudig instrument voor de patiënten. Om een vergelijking te kunnen maken tussen inschatting van patiënt en hulpverlener, hebben we ook besloten om naast de MfT, de MfT-o parallel af te nemen.	Per patiënt wordt bijgehouden of de MfT correct is afgenomen. De verantwoordelijke voor de screening duidt dit aan op een registratielijst (op de server) en maakt de resultaten over aan de behandelend arts. Psychologische dienst zorgt voor de scoring.

Stap 7: het verspreiden van implementatiecriteria en standaarden

De implementatiecriteria en verwachte standaarden moeten verspreid worden naar alle stakeholders, waarbij de mogelijkheid tot feedback gegeven moet worden. Dit zorgt voor meer betrokkenheid en verbetert de communicatie.

🕒 *Zie stap 4.*

Meer lezen?

Evidence-based richtlijnen

Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T.H., Broekaert, E. & Sabbe, B. (2007). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken.* Gent, Academia Press.

Autrique, M., Vanderplasschen, W., Broekaert, E. & Sabbe, B. (2009). Practitioners' attitudes concerning evidence-based guidelines in substance abuse treatment. *European Addiction Research*, *15,* 47-55.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007) *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepen.* Utrecht, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/PDF-versie/

Grol, R. (2001) Success and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care, 39*, 46–54.

Naast de VAD website kan u EBR ook terugvinden via de volgende websites:

- Guideline International Network www.g-i-n.net
- NICE guidelines www.nice.org.uk
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network www.sign.ac.uk
- Guideline Clearinghouse www.guideline.gov
- CMA infobase www.cma.ca
- Nederlandstalige richtlijnen (o.a. geestelijke gezondheidszorg) www.cbo.nl
- Trip database www.tripdatabase.com
- Treatment Improvement Protocols www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip
- National Electronic Library for Health Guidelines Finder http://libraries.nelh.nhs.uk/guidelines.Finder

Het AGREE en de bijhorende handleiding vindt u hier: www.agreecollaboration.org
Meer informatie over het GLIA-instrument vindt u hier: http://gem.med.yale.edu/default.htm

Meetinstrumenten

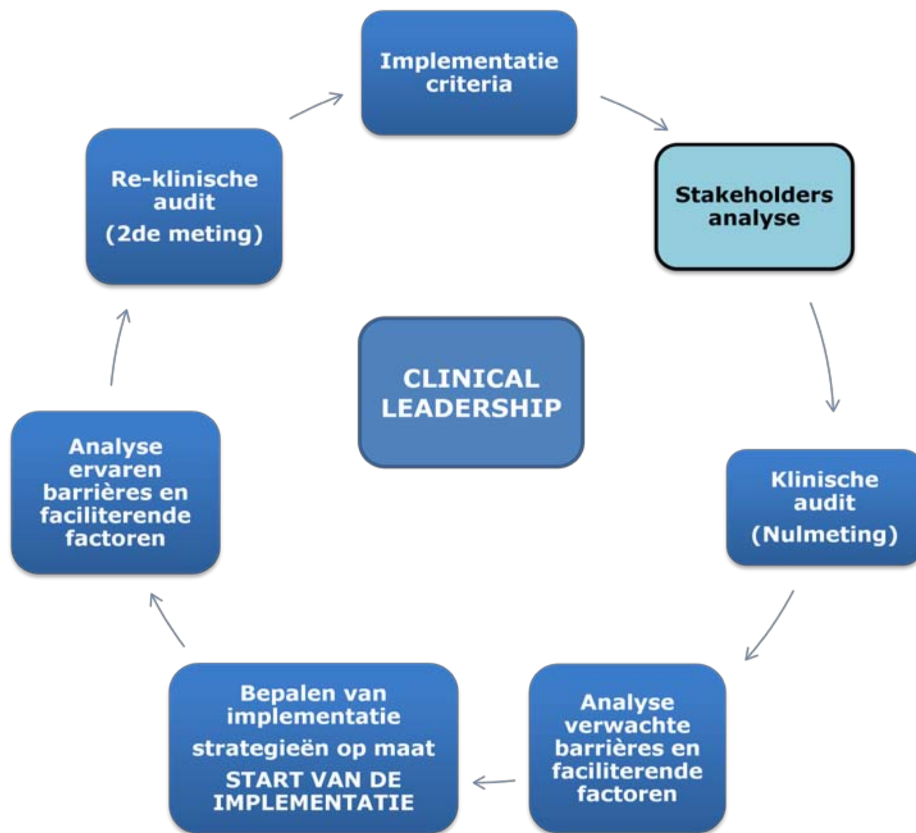
Keymolen, S. & Casselman, J. (2007). Meten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Literatuurstudie 2007. Deel 3. In de VVGG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent, VVGG.

Baert, S. (2007). Meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Inventaris 2006. Deel 2. In VVGG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent, VVGG.

Deze en nog meer publicaties rond dit thema zijn te downloaden via www.vvgg.be.

5 UITVOEREN VAN EEN STAKEHOLDERSANALYSE

"Het maken van een stakeholdersanalyse was best confronterend. Je ziet dan bijvoorbeeld dat enkele medewerkers zeer veel impact zullen ondervinden van de veranderingen die je wil doorvoeren, maar er zelf weinig invloed op kunnen uitoefenen. En dat de mensen die je eigenlijk echt mee moet hebben, nog niet helemaal overtuigd zijn. Hoe ga ik dàt hier aanpakken, denk je dan."



Doelstelling

De doelstelling van deze fase is te komen tot een analyse van stakeholders of belanghebbenden, binnen en soms ook buiten de voorziening, die relevant zijn voor de implementatie van de geselecteerde evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten en te bekijken welke stakeholders op welke manieren betrokken moeten worden bij het implementatieproces.

Samenvatting

1. Breng samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering in kaart welke stakeholders van belang zijn bij de implementatie van de EBR en meetinstrumenten. Maak hierbij een onderscheid tussen externe en interne stakeholders, strategische en operationele stakeholders.
2. Ga na welke impact de stakeholders ondervinden van het implementatieproces en welke invloed zij erop kunnen uitoefenen.
3. Bekijk op basis van deze informatie op welke manier met en naar deze stakeholders gewerkt moet worden.
4. Bepaal de houding van de stakeholders, de bijdrage die zij kunnen leveren aan het implementatieproces en de tijdsinvestering die hier tegenover staat.

Theoretische achtergrond

Stakeholders zijn collega's binnen en soms ook buiten de voorziening die rechtstreeks of onrechtstreeks te maken hebben met de implementatie van de evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten. Ze kunnen een positieve of negatieve invloed hebben op het implementatieproces en kunnen zelf voordeel of schade ondervinden. Bij het implementeren van richtlijnen en meetinstrumenten is het belangrijk om als clinical leader een goed zicht te hebben op alle stakeholders.

Er kan hierbij een onderscheid gemaakt worden tussen stakeholders met strategisch belang en stakeholders met operationeel belang:

- strategisch: Verwijst naar het belang van de stakeholders vanuit hun functie en/of zeggingskracht; het verwijst ook naar een langetermijnperspectief. Bijvoorbeeld: directie die achter de invoering van een bepaald meetinstrument staat.
- operationeel: Verwijst naar het belang van de stakeholders op het niveau van de uitvoering. Bijvoorbeeld: verpleegkundigen die het meetinstrument in hun dagelijkse praktijk moeten gebruiken

Soms wordt er ook een onderscheid gemaakt tussen interne en externe stakeholders. Bij interne stakeholders gaat het dan om collega's binnen de afdeling of het team, bij externe stakeholders gaat het om collega's buiten de afdeling of het team of zelfs in sommige gevallen buiten de voorziening. Dit laatste kan het geval zijn indien er bijvoorbeeld samengewerkt moet worden met externen voor een vorming of voor doorverwijzingen.

Werkwijze

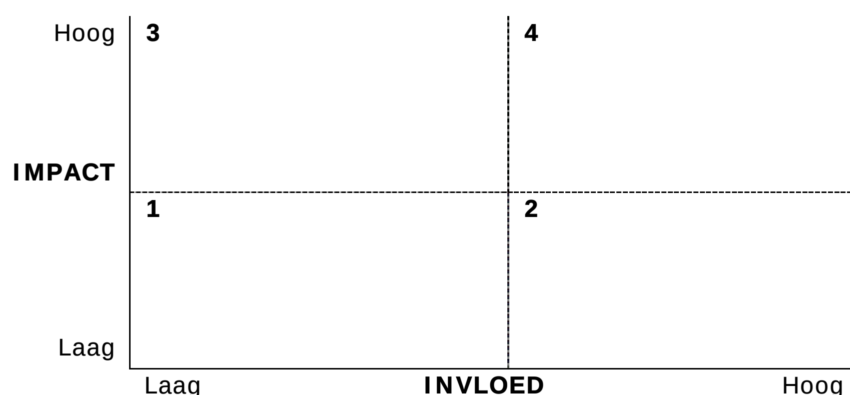
Stap 1: stakeholders bepalen

De clinical leader maakt samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering een overzicht van welke stakeholders er zijn met betrekking tot de implementatie van de geselecteerde evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten. Voor elke stakeholder wordt aangegeven of hij extern of intern is en strategisch of operationeel.

Beleg minimum één overlegmoment met de werkgroep kwaliteitsbevordering voor het opstellen van een overzicht van stakeholders. De tijd die hiervoor nodig is, hangt ook samen met de grootte van de voorziening en het aantal veranderingen dat men wil doorvoeren. Indien het om een beperkt overzicht gaat, kan stap 2 in dit overlegmoment geïntegreerd worden.

Stap 2: impact en invloed van stakeholders bepalen

Voor elke stakeholder wordt vervolgens door de werkgroep kwaliteitsbevordering in kaart gebracht welke impact de implementatie van de geselecteerde evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten op zijn dagelijkse werk zal hebben. Omgekeerd wordt ook bepaald welke invloed de stakeholder heeft op het implementatieproces. Onderstaand schema kan hierbij een hulpmiddel zijn.



VOORBEELD: INVOER VAN EEN ONTWENNINGSPROTOCOL:

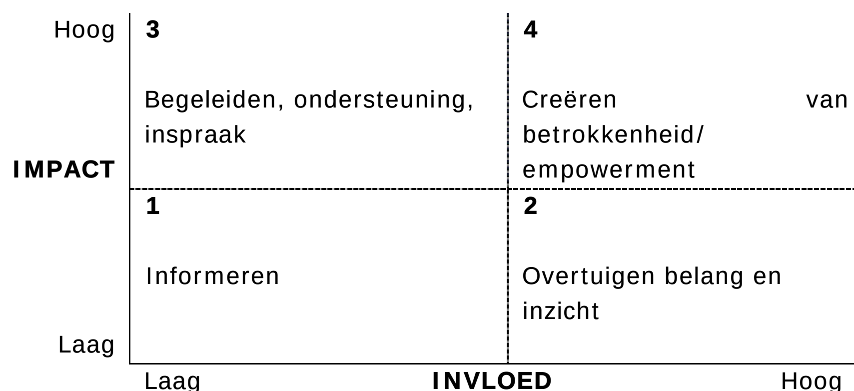
IMPACT	Laag (INVLOED)	Hoog (INVLOED)
Hoog	**3** De impact op het werk van de **verpleegkundigen** is groot, ze hanteren het instrument in de rechtstreekse patiëntenzorg. Hun invloed is matig.	**4** De **artsen** hebben enerzijds een grote invloed op het implementatieproces, anderzijds heeft dit een grote impact omdat zij telkens het instrument activeren bij ontwenning.
Laag	**1** Het invoeren van het ontwenningsprotocol richt zich naar arts en verpleegkundigen, de **groep therapeuten** heeft hier weinig impact en weinig invloed.	**2** De invloed van het **kliniekbestuur en de kliniekraad** is groot maar de impact is voor hen klein. Ze zetten mee het licht op groen, faciliteren en zijn spreekbuis naar hogere echelons.

Beleg minimum één overlegmoment met de werkgroep kwaliteitsbevordering voor het nagaan van de impact en invloed van stakeholders. De tijd die hiervoor nodig is, hangt ook samen met de grootte van de voorziening en het aantal veranderingen dat men wil doorvoeren.

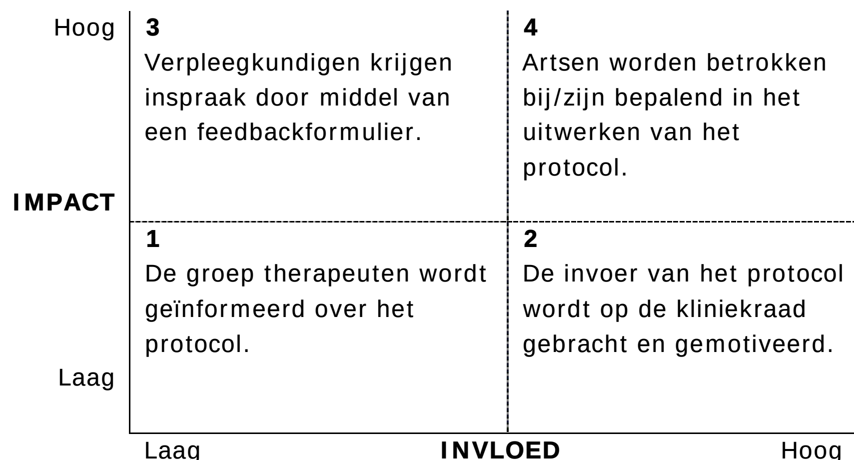
Stap 3: bepalen op welke manier met en naar de stakeholders gewerkt moet worden

Op basis van bovenstaand schema kan in de werkgroep kwaliteitsbevordering bekeken worden op welke manier met en naar deze stakeholders gewerkt moet worden (zie ook hoofdstuk 8).

- Stakeholders die een grote impact ondervinden van de nieuwe evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten en er tegelijk een grote invloed op kunnen uitoefenen moeten betrokken worden en een actieve rol krijgen in het implementatieproces.
- Stakeholders die wel een grote impact van de nieuwe richtlijnen en meetinstrumenten zullen ondervinden maar er weinig invloed op kunnen uitoefenen, moeten inspraak krijgen, goed begeleid worden en ondersteund worden.
- Stakeholders die weinig impact zullen ondervinden maar wel een grote invloed hebben, moeten overtuigd worden van het belang van de nieuwe evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten en er moet voor gezorgd worden dat ze er inzicht in hebben.
- Stakeholders die een lage invloed hebben en tevens een lage impact zullen ondervinden, moeten geïnformeerd worden.



VOORBEELD: INVOER VAN EEN ONTWENNINGSPROTOCOL:



🕒 *Stap 3 en 4 kunnen tegelijkertijd worden uitgevoerd. Maak de nodige tijd vrij voor het bepalen van implementatiestrategieën naar en de mogelijke bijdrage van stakeholders. Ook hier is de tijdsbesteding weer afhankelijk van de grootte van de voorziening en het aantal veranderingen dat men doorvoert.*

Stap 4: houding, mogelijke bijdrage en tijdsinvestering van stakeholders bepalen

Het is tot slot belangrijk om in kaart te brengen wat de houding is van de verschillende stakeholders ten aanzien van de veranderingen, welke concrete bijdrage zij kunnen leveren en welke tijdsinvestering van hen verwacht wordt. Onderstaande tabel kan hierbij een hulpmiddel zijn (zie ook tool 2 achteraan deze leidraad).

Stakeholder	Belang en houding t.a.v. project	Bijdrage	Tijdsinvestering

🕒 *Zie stap 3.*

VOORBEELD 1: EEN STAKEHOLDERSANALYSE BINNEN EEN GROTE RESIDENTIËLE VOORZIENING MET VERSCHILLENDE AFDELINGEN

Stakeholder	Belang en houding t.o.v. project	Bijdrage	Tijdsinvestering
Directeur zorgverlening	Extern: moet op centraal niveau op de hoogte zijn. Is sleutelfiguur voor goede communicatie met directie Strategisch: illustreert de gedragenheid van het project vanuit directie. Directie zit op dezelfde golflengte voor het veranderingsproces. Dit is cruciaal in het licht van verankering en uitbreiding naar meerdere afdelingen.	Akkoord verlenen	Agendapunt op een overleg 'evidence based practice' Beperkte tijdsinvestering
Beleidsmedewerker behandeling	Extern: moet op centraal niveau op de hoogte zijn: gaat na of de verandering past binnen/aansluit bij de algemene behandelvisie en -praktijk Strategisch: verandering wordt mee geïntegreerd in supervisie, vorming en training	Positief advies verlenen	Agendapunt op een overleg 'evidence based practice' Beperkte tijdsinvestering
Dienst kwaliteitszorg	Extern: promotor om te participeren aan kwaliteitszorgproject(en) op centraal niveau Strategisch: waarborgt de goede communicatie tussen de afdeling (intern = de lokale clinical leader) en de directie. En operationeel: verzorgt het studiewerk en de vertaling naar de praktijk om een "geïnformeerde keuze" voor welke verandering mogelijk te maken op de werkvloer (in de afdeling) = ondersteunend ten aanzien van de clinical leader	Positief advies verlenen Inhoudelijk theoretische uitwerking; voorbereiding interne implementatie en ondersteuning Opleiding en training	Gemiddelde tijdsinvestering
Afdelingshoofd	Intern: volgt op afdelingsniveau op, dit is een waarborg voor een goede communicatie met het team Strategisch: : illustreert de gedragenheid van het project, zit op dezelfde golflengte voor het veranderingsproces	Akkoord verlenen	Agendapunt op werkoverleg Beperkte tijdsinvestering
Klinisch coördinator	Intern: stimulerende kracht, clinical leader in de afdeling Strategisch: kan als lid van de werkgroep klinisch coördinatoren uitbreiding en verankering naar meerdere afdelingen ondersteunen En operationeel: voert de verandering ook effectief door in de afdeling, volgt op, ondersteunt, empowert	Informeren, overtuigen, begeleiden én creëren van betrokkenheid praktische opvolging	Tijd voor opvolging en raadpleging bronnen Gemiddelde tijdsinvestering
Therapeutische equipe (artsen)	Intern: moeten lokaal op de hoogte zijn van de verandering, ook in het licht van de communicatie met cliënten Strategisch: kunnen de gedragenheid van het project bekrachtigen	Ondersteunen	Participatie aan vorming Beperkte tijdsinvestering
Therapeutische equipe (begeleiders)	Intern: ze zijn de lokaal direct betrokkenen in het project Operationeel: participeren aan opleidings-/trainingsmomenten; bepalen hun keuze voor een haalbaar instrument; voeren de verandering ook effectief door in de directe communicatie met de cliënt	Vorming volgen, trainen keuze van instrument Concretiseren interventie Uitvoeren van de interventie	Participatie aan de vorming Tweemaal per week agendapunt op teamvergadering 1 uur (voorbereiding, afname en verwerking afname) per cliënt

Wie	**Belang en houding t.o.v. project**	**Bijdrage van de stakeholder**	**Tijdsinvestering van de stakeholder**
Intakers	Operationeel: sleutelfiguren gezien het gewicht van de veranderingen op intake. Ze staan positief ten aanzien van kwaliteitsmeting en ze stellen zich flexibel op naar bijkomende taken. Belangrijke psychologische bagage is vereist, alsook gevoeligheid voor culturele zaken.	Identificatie en vroegdetectie	Belangrijke bijkomende tijdsinvestering, in een al zwaar bevraagde functie (mogelijke bedreiging) Hoge impact, gemengde invloed
Secretariaat	Operationeel: sleutelfunctie! De secretariaatsmedewerkers zien de veranderingen als iets wat gedragen is door de organisatie, en hebben een open blik, maar opperen dat er moet gewaakt worden over een té eenzijdige taakbelasting bij hen.	- logistiek - vragenlijsten klaarmaken - opvolgen van bevragingsmomenten - scoren van de vragenlijsten en bijhouden in computer - bijhouden van voorraden folders rond zelfhulp	Additionele tijdsinvestering binnen reeds bestaande kwaliteitsmeting die lopend is, wordt zo beperkt mogelijk gehouden. Hoge impact, lage invloed
Hulpverleners	Operationeel: Van de therapeuten is mogelijk een minder betrokken houding te verwachten. Er is betrokkenheid nodig, aangezien er naast vroegdetectie ook gesteund wordt op interne verwijzingen. Voor de specifiek vrijgestelde hulpverleners wordt dit core business.	Hoog	Voor de twee gespecialiseerde hulpverleners wordt de tijdsinvestering hoog, Hoge impact, gemengde invloed
Directie	Strategisch: Positieve houding. De aansturing door directie is een sleutel naar het welslagen van dit project.	Aansturing van de andere stakeholders.	Afhankelijk van het aantal vergaderingen dat wordt voorzien. Lage impact, hoge invloed
Psychiater	Operationeel en strategisch: Houding is positief, bijdrage is zeer bepalend voor het slagen van het project zoals het is uitgetekend.	Medisch eindverantwoordelijke van elk dossier.	Binnen de verschillende teams en overlegmomenten is extra aandacht vereist. Hoge impact, hoge invloed
Cliënt	Operationeel: De cliënt wordt op eigen vraag of vanuit bevindingen binnen intake/screening/verwijzing ondersteund om samen met de hulpverlener te werken aan een vastgesteld alcoholprobleem.	De bijdrage situeert zich in het mee opstellen van het behandelplan, in een therapeutische wederkerigheid met wederzijds respect voor elkaars doelen.	De cliënt zal een matige impact voelen van het project, en oefent hierop een beperkte invloed uit.

Meer lezen?

Bourne, L. & Walker, D.H.T. (2005) Visualising and mapping stakeholder influence. *Management Decision, 43*(5), 649-660.

Office of Government Commerce UK (2003) *Managing successful programmes.* London, The Stationary Office.

6 KLINISCHE AUDIT

"Het is heel merkwaardig: aanvankelijk was ik er echt van overtuigd dat iedereen de aanbeveling uitvoerde zoals we vooropgesteld hadden en na onze eerste meting van de klinische audit stelden we vast dat er toch een aantal gesprekken niet doorgegaan waren, toch zeker niet binnen de afgesproken termijn. Dus dat was echt wel verrassend, ik dacht dat het één van de kernaanbevelingen was waaraan we niets van werk gingen hebben, alleen maar de data opschrijven, maar dat bleek toch wel anders uit te draaien . Die resultaten maakten het team echt wel wakker."



Doelstelling

Doelstelling van deze fase is het uitvoeren van een klinische audit met betrekking tot de implementatiegraad van de geselecteerde evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten.

Samenvatting

1. Bepaal rond welke implementatiecriteria u een klinische audit wil uitvoeren.
2. Bepaal op welke momenten/tijdens welke periodes de klinische audit zal uitgevoerd worden; werk met herhaalde metingen waarbij steeds wordt teruggekoppeld en wordt bekeken of implementatiecriteria eventueel aangepast moeten worden.
3. Communiceer de basisprincipes van de klinische audit naar stakeholders.
4. Leg de resultaten van de klinische audit samen en communiceer ze naar alle relevante stakeholders, met de mogelijkheid tot feedback. Gebruik de resultaten om verdere implementatiestrategieën te bepalen en de implementatiecriteria eventueel aan te passen indien nodig.

Theoretische achtergrond

Een klinische audit of clinical audit is een proces van kwaliteitsverbetering met als doel het verbeteren van de zorg voor cliënten en cliëntuitkomsten, door een systematische evaluatie van structuur, processen en uitkomsten van de zorg ten opzichte van expliciete criteria (National Institute for Clinical Excellence, 2002). Een klinische audit voorziet dus in een systematisch en gestructureerd kader om de dagelijkse praktijk te vergelijken met zorgstandaarden gebaseerd op 'best evidence', en dit aan de hand van verschillende metingen. Belangrijk hierbij is dat het om een beoordeling van de praktijk gaat, niet om een beoordeling van de competentie van hulpverleners, noch om een controle-instrument.

Een klinische audit heeft als voordeel dat men zowel zorgaspecten kan identificeren waarin verbetering nodig is, als bevestiging kan krijgen dat de aangeboden zorg kwaliteitsvol is (Pearson et al., 2007). Het werken met klinische audits zorgt ervoor dat behandelingen meer gestandaardiseerd en onderbouwd zijn en beter gedocumenteerd. Het zorgt voor meer teamwerk, een betere communicatie en meer jobtevredenheid. De metingen binnen de klinische audit vergroten ook de kans dat de implementatie wordt doorgezet en dat resultaten gecontinueerd worden.

In deze leidraad focussen we zoals eerder vermeld op het zorgproces. Op basis van evidence-based richtlijnen, meetinstrumenten en bijhorende handleidingen, stelden we implementatiecriteria op (zie hoofdstuk 4). In de klinische audit gaan we nu vervolgens na in hoeverre we de standaard die we opstelden in relatie tot de implementatiecriteria, behalen. Dit doen we door op geregelde tijdstippen resultaten samen te leggen met betrekking tot de implementatiecriteria en deze over de tijd heen te vergelijken. Als niet of onvoldoende aan de criteria en standaarden voldaan wordt, moet worden nagegaan waarom dit het geval is. Dit doen we door een analyse van barrières en faciliterende factoren (zie hoofdstuk 7). Op basis van al deze resultaten worden dan implementatiestrategieën op maat bepaald (zie hoofdstuk 8).

Werkwijze

Stap 1: bepalen van implementatiecriteria waarvoor een klinische audit zal uitgevoerd worden

De clinical leader bekijkt samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering rond welke implementatiecriteria een klinische audit zal uitgevoerd worden. Men kan dit ook doen voor alle vooropgestelde implementatiecriteria, mits dit haalbaar is.

🕒 *Voor het bepalen van de implementatiecriteria waarrond men een klinische audit wil uitvoeren, is in principe niet veel tijd nodig. Het is aangewezen dit weloverwogen te doen en rekening te houden met de haalbaarheid binnen de gegeven context.*

Stap 2: bepalen van momenten waarop de klinische audit zal uitgevoerd worden

De clinical leader bepaalt samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering op welke momenten de klinische audit zal uitgevoerd worden. Indien mogelijk wordt er best eerst een nulmeting uitgevoerd, dit wil zeggen een eerste meting die aanvangt vlak nadat afspraken omtrent de door te voeren veranderingen zijn gemaakt en de toepassing van de implementatiecriteria is gestart in de praktijk. Deze nulmeting loopt over een vooraf vastgelegde periode, bijvoorbeeld één maand, en wordt gevolgd door één of meerdere metingen tijdens periodes van gelijke duur met een regelmatige interval: de zogenaamde re-klinische audits. Op deze manier kunnen implementatieresultaten over de tijd heen vergeleken worden.

🕒 *Voor het bepalen van momenten waarop men een klinische audit wil uitvoeren, is in principe niet veel tijd nodig. Het is aangewezen dit weloverwogen te doen en rekening te houden met de haalbaarheid binnen de gegeven context.*

Stap 3: communiceren van de basisprincipes van de klinische audit naar stakeholders

Het is belangrijk dat de clinical leader ervoor zorgt dat de basisprincipes van de klinische audit duidelijk zijn voor alle stakeholders, dat ze zich er betrokken bij voelen en begrijpen wat van hen verwacht wordt. Enkele belangrijke aandachtspunten voor de clinical leader:

- Benadruk het belang van de cliënt als primaire motivatie: de cliënt moet er beter van worden.
- Leg de focus op teamwerk.
- Maak duidelijk dat de klinische audit een ondersteuningstool is. Het begrip 'audit' kan soms weerstand oproepen vanuit de associatie met controle.
- Voorzie tijd en ruimte voor feedback.

🕒 *Voorzie voldoende tijd voor het informeren van stakeholders met betrekking tot de opzet van de klinische audit. Plan dit zo veel mogelijk binnen bestaande overlegmomenten. Op voorhand moet goed worden nagedacht over de manier van communiceren.*

Stap 4: communiceren van resultaten naar stakeholders

De clinical leader en de werkgroep kwaliteitsbevordering leggen de resultaten van de klinische audit samen (zie onderstaande voorbeelden en ook tool 3 achteraan deze leidraad). De clinical leader communiceert ze naar alle relevante stakeholders, met de mogelijkheid tot feedback. Resultaten van verschillende re-klinische audits (nulmeting en latere metingen) worden met elkaar vergeleken en er worden conclusies aan verbonden op het vlak van implementatiestrategieën (zie hoofdstuk 8) en een eventuele aanpassing van de implementatiecriteria. Uit de klinische audit kan immers blijken dat bepaalde implementatiecriteria absoluut niet haalbaar blijken te zijn op dit moment of verder verfijnd moeten worden.

🕒 *Neem voldoende tijd om stakeholders te informeren over de resultaten van de klinische audit. Plan dit zo veel mogelijk binnen bestaande overlegmomenten. Het is zinvol om de resultaten eerst binnen de werkgroep kwaliteitsbevordering te bespreken en goed na te denken over mogelijke conclusies en hoe hierover te communiceren.*

VAD

kwaliteits-
bevordering

Criterium	Standaard (%)	Bron (waar heeft u data verzameld?)	% dat voldoet aan het criterium na 3 maanden	Andere bevindingen m.b.t. dit criterium/opmerkingen
Bij intake worden alle nieuw aangemelde patiënten gescreend op alcoholgebruik en motivatie tot verandering aan de hand van: - AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test); - RCQ (Readiness for Change Questionnaire); - een afzonderlijk onderdeel in het intakeformulier waarin uitvoerig en kwalitatief (in tegenstelling tot kwantitatief) gescreend wordt naar de ernst van de alcoholproblematiek.	100 %	Elektronisch patiëntendossier, intake verslaggeving	51% (20/39)	In afdeling 1 zijn 12 van de 17 screenings niet gerapporteerd, of niet uitgevoerd. Dit was vooral gesitueerd ter hoogte van één intaker, die van geen van de negen intakes iets rapporteerde. In afdeling 2 werden 17 van de 22 intakes correct gerapporteerd. 2 patiënten over beide afdelingen weigerden de vragenlijsten in te vullen.
Alle patiënten die klinisch scoren op de AUDIT en kandidaat zijn voor een ambulant motivationeel psychotherapeutisch aanbod, krijgen een voorstel tot een kortdurend behandelaanbod. Dit voorstel wordt gedaan door de intaker of de psychotherapeut, afhankelijk van het moment van screening a.d.h.v. AUDIT (en RCQ). De patiënt wordt binnen dit kortdurend traject gemotiveerd tot: – bewustwording, ofwel – gedragsverandering, ofwel – hervalpreventie, ofwel – harm reduction. Het behandeldoel wordt vanuit de keuzevrijheid van de patiënt geformuleerd.	100%	EPD rapportering “verslag intaketeam”	40% (2/5)	Op basis van de individuele casuïstiek kan het intaketeam andere klemtonen leggen wat betreft het behandeltraject, in het belang van de patiënt. Bij één van de vijf cliënten bleek alcohol secundair te zijn aan een primaire PTSS, een tweede cliënt bleek reeds een periode droog te staan en had helemaal geen vraag rond het activeren van cognities rond alcohol, en een derde bleek in die mate in de precontemplatie te zitten dat eerst een consult bij de psychiater is overwogen.

Criterium	Nulmeting	Re-klinische audit 1 / Meting 1	Re-klinische audit 2 / Meting 2
Detoxificatie: CIWA-protocol bij klinische symptomen van ontwenning	100%	100%	100%
Eénmalige en kortdurende interventies	64%	50%	60%
Socialevaardigheidstraining	71%	50%	66%
Deelname aan infosessie zelfhulpgroepen Flyer	AA: 80% SOS: 0% 0%	AA: 57% SOS: 82% 14%	AA: 44% SOS: 48% 26%
Zelfhulpmateriaal	0%	100%	100%
Meetinstrument: MfT(o) 1ste afname 2de afname	 58% 67%	 89% 60%	 94% 40%

VOORBEELD CONCLUSIES KLINISCHE AUDIT, GEKOPPELD AAN BARRIÈRES EN IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN

Uit de resultaten en een overzicht van de interventies blijkt dat we reeds een hele evolutie hebben doorgemaakt in het implementatieproces. Doorheen het implementatieproces en nu zeker bij de eindevaluatie stellen we vast dat we de implementatie moeten blijven agenderen onder vorm van thematisering, terugkoppeling van resultaten, verfijning, uitdieping,… Zeker waar de druk van VAD wegvalt, verwachten we dat er zelfdiscipline nodig zal zijn om ervoor te zorgen dat de richtlijn en het meetinstrument geïntegreerd blijven. Daarom besluiten we dat we naast de registratie in het individuele patiëntendossier ook een algemene registratie zullen bijhouden van de uitgekozen kernaanbevelingen en het meetinstrument. De resultaten van deze metingen kunnen ervoor zorgen dat we de vinger aan de pols kunnen houden.

We voorzien in het afdelingsbestuur met regelmaat een evaluatie van de stand van zaken en indien nodig ook een terugkoppeling naar de andere teamleden.

Daarenboven staan we ook voor een structurele hervorming binnen onze voorziening (artikel 107, hervorming geestelijke gezondheidszorg) en specifiek binnen onze afdeling, die zowel tijdens het implementatieproces als erna zal zorgen voor de nodige barrières in de implementatie.

In het algemeen kunnen we ook stellen dat de maand afwezigheid van één van de clinical leaders en het inwerken van de nieuwe clinical leader voor een barrière heeft gezorgd in het implementatieproces van de richtlijn. Daartegenover staat dat de nieuwe clinical leader ook voor een frisse/vernieuwde kijk en nieuwe energie heeft gezorgd om het project verder af te werken. Het lijkt ons aangewezen om aan de hand van permanente registratie en tussentijdse metingen verder te evalueren (en indien nodig terug te koppelen en open te staan voor feedback vanuit het team). Op deze manier denken we erin te zullen slagen de richtlijn nog verder te implementeren en te bestendigen.

Meer lezen?

National Institute for Clinical Excellence (2002) *Principles for Best Practice in Klinische audit*. Oxon: Radcliffe Medical Press.

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. & Lockwood, C. (2005) The JBI model of Evidence-based Healthcare. *International Journal of Evidence-based Healthcare 3*: 207-215.

MacLean Steel, K. & Palmer, C. (2000) *Improving the care of people in substance misuse services. Klinische audit project examples*. London: Gaskell.

7 ANALYSEREN VAN BARRIÈRES EN FACILITERENDE FACTOREN

“Ik denk dat een vast gegeven is dat alles wat verandering is wat weerstand geeft, zoiets van ‘weer iets nieuws, weer iets extra’. Maar daarnaast zijn er ook veel andere factoren die de implementatie van iets nieuws kunnen beïnvloeden, factoren die je op het eerste zicht niet verwacht had of waarbij je niet had stilgestaan. Het is belangrijk om die op voorhand zo veel mogelijk in kaart te brengen.”



Doelstelling

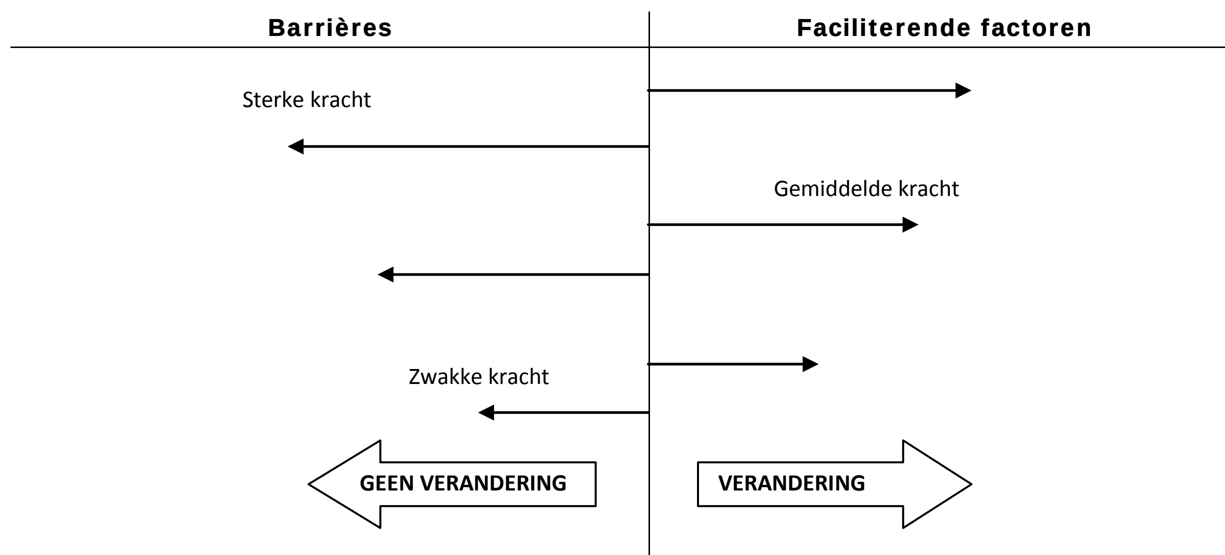
De doelstelling van deze fase is om te komen tot een analyse van factoren die het implementatieproces van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten kunnen belemmeren of faciliteren.

Samenvatting

1. Bepaal samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering welke methode gebruikt zal worden bij het in kaart brengen van verwachte en ervaren barrières en faciliterende factoren. Kies een methode die haalbaar is qua investering en behandel de resultaten van deze analyse zo vertrouwelijk mogelijk. Dit kan een brainstorm zijn, maar ook focusgroepen, interviews of vragenlijsten.
2. Maak een opsplitsing tussen barrières en faciliterende factoren op het vlak van de innovatie, hulpverleners, het team, cliënten, de organisatie en het gezondheidssysteem.

Theoretische achtergrond

Barrières en faciliterende factoren zijn factoren die het implementatieproces van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten respectievelijk (kunnen) belemmeren en bevorderen. Het gaat hierbij om tegengestelde, op elkaar inwerkende krachten, die beïnvloed moeten worden om tot verandering te komen.



Een mogelijk model voor het indelen van barrières en faciliterende factoren in verschillende categorieën is het volgende:

Innovatie	Aantrekkelijkheid, toegankelijkheid, haalbaarheid, …
Hulpverlener	Bewustzijn, kennis, vaardigheden, attitudes, motivatie, routines, …
Team	Cultuur, leiderschap, samenwerking, …
Cliënt	Bewustzijn, kennis, attitudes, motivatie, routines, …
Organisatie	Structuur, work flows, middelen, …
Gezondheidssysteem	Reguleringen, vergoeding, beleid, …

(NICS, 2006)

Attitudes en motivatie van stakeholders verdienen hierbij bijzondere aandacht. Mensen doorlopen verschillende stadia bij de verwerking van verandering. Dit zal ook zo zijn wanneer nieuwe evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten geïntroduceerd worden. In het algemeen kan gesteld worden dat mensen weerstand voelen bij veranderingen die onvoldoende verduidelijkt worden, andere en nieuwe competenties vergen, een verlies van iets omvatten of zo ervaren worden, door anderen voorgesteld worden, sociale verhoudingen verstoren, machtsverhoudingen verstoren en risico's inhouden.

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende soorten weerstand:
- Culturele weerstand: *'Bij ons is het helemaal anders'* of *'Zoiets werkt niet in een dienst als de onze'*.
- Praktische weerstand: *'Zal mijn uurrooster nog hetzelfde zijn na de invoering van …'* of *'Gaat dat de werkdruk niet nog verhogen?'*
- Psychologische weerstand: *'Waren mijn dossiers dan niet goed genoeg in het verleden?'*

Goede methoden om barrières en faciliterende factoren te identificeren zijn:
- een brainstorm met stakeholders;
- focusgroepen;

- interviews;
- vragenlijsten.

Deze methoden worden in het onderdeel ‘werkwijze’ verder uitgediept onder stap 2.

Werkwijze

Stap 1: bepalen van de methodiek voor de analyse van barrières en faciliterende factoren

Samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering bespreekt de clinical leader op welke manier barrières en faciliterende factoren in de voorziening in kaart gebracht zullen worden (zie stap 2 voor mogelijke methoden). Hierbij is het nodig om rekening te houden met:

- het aantal en de eigenheid van de stakeholders die men wil bevragen;
- de haalbaarheid qua tijd en middelen;
- de cultuur binnen de voorziening: zal men in het team open kunnen praten over mogelijke barrières of is het nodig anonimiteit te garanderen?

🕒 *De tijd die besteed wordt aan het bepalen van de methodiek voor de analyse, hangt af van de keuze voor één van onderstaande methoden of voor de ontwikkeling van een aangepaste methode. In dat laatste geval is de tijdsinvestering groter.*

Stap 2: uitvoeren van de analyse van barrières en faciliterende factoren

Brainstorm

- Wat?: In een brainstorm vertrekt u vanuit de verschillende implementatiecriteria en doet u een brainstorm per implementatiecriterium.
- Aantal deelnemers: Een brainstorm wordt best uitgevoerd in een groep van maximum acht à tien personen, om ervoor te zorgen dat iedere deelnemer voldoende inspraak heeft tijdens het proces.
- Materiaal: een flip-over en stiften

Verschillende stappen:

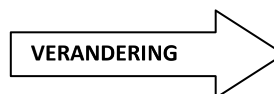
1. Schrijf het implementatiecriterium op bord.
2. Formuleer de huidige situatie (u kan hier o.a. zicht op krijgen via de klinische audit – zie hoofdstuk 6) en de gewenste situatie (de vooropgestelde standaard).
3. Identificeer alle barrières en faciliterende factoren die in het huidige veld meespelen. Maak hiervan een visuele voorstelling zoals in het voorbeeld hieronder.
4. Maak een analyse van de onderlinge samenhang van de barrières.
5. Weeg het belang van de barrières en faciliterende factoren en breng prioriteiten aan.
6. Bespreek de barrières en faciliterende factoren en onderzoek welke factoren kunnen worden toegevoegd, weggewerkt, versterkt of verminderd.

🕒 *Voor deze brainstorm is een bijeenkomst van ongeveer twee uur nodig. Indien men verschillende implementatiecriteria wil bespreken, kan het zijn dat meerdere bijeenkomsten nodig zijn. Indien alles tijdens de bijeenkomst goed genoteerd wordt, is de tijd die nodig is voor de verwerking beperkt.*

VOORBEELD VAN EEN BRAINSTORM IN DE EERSTE MAAND VAN HET IMPLEMENTATIEPROCES

Implementatie van de MfT(O), een meetinstrument rond motivatie	
BARRIERES	**FACILITERENDE FACTOREN**
hulpverlener - verandering vraagt grotere alertheid van de klinisch coördinator - verandering vraagt grotere alertheid van team - gebrekkige ervaring met het instrument - de introductie en de oefenperiode waren te kort - het is moeilijk om al na het 2de of 3de gesprek in te schatten wat de cliënt denkt **cliënt** - beperkte cognitieve mogelijkheden - moeilijkheidsgraad vraagstelling - wat met anderstaligen, laaggeschoolden? - weerstanden - sociaal wenselijke antwoorden **innovatie** - onduidelijkheid over de volledigheid van de vraagstelling **organisatie** - oriëntatievergadering te kort voor alle adviezen - zelf invullen, scoren en feedback voorbereiden vraagt veel tijd	**hulpverlener** - heeft ervaring met het omgaan met motivatie (justitiecliënten) - instrument is welkome aanvullende methodiek in omgaan met motivatie - heeft zelf kunnen kiezen welk instrument geïmplementeerd zou worden - er is een draagvlak - er is een open houding: leren door te doen **cliënt** - bij beperkte cognitieve mogelijkheden en/of concentratieproblemen is het instrument ook een houvast **innovatie** - introductie OK, theorie is duidelijk - scoring goed uitgelegd, inclusief handleiding





VOORBEELD VAN EEN BRAINSTORM NA ZES MAANDEN IMPLEMENTATIE

Implementatie van de MfT(O), een meetinstrument rond motivatie	
BARRIERES	**FACILITERENDE FACTOREN**
organisatie - implementatie komt tegelijk met andere veranderingen - te weinig tijd voor opvolging tijdens casusbesprekingen of op het multidisciplinair overleg **hulpverlener** - ervaringen: scoring lastig, veel papier uit pc bij elektronische versie - men laat het te lang liggen en heeft zo te weinig ervaringen om positieve ervaringen op te kunnen bouwen - wordt snel vergeten (tijdsdruk) - is nog geen automatisme, moet nog routine worden **cliënt** - vertaling resultaten naar cliënt toe niet zo duidelijk	**organisatie** - opvolging op oriëntatievergadering houdt hulpverleners alert - goede opvolging door clinical leader - er wordt tegelijk een specifieke module motivatie uitgewerkt **hulpverlener** - beleving: team staat open voor instrumenten **hulpverlener en cliënt** - met twee dezelfde lijst invullen roept interactie op (=winst) - verschillende scores leveren gesprekstof - vragenlijst helpt knopen door te hakken op objectieve wijze (=opluchting voor cliënt) **cliënt** - instrument helpt wanneer men vastzit, kan alles terug opentrekken - gemotiveerde cliënten vinden het leuk, geeft hen vertrouwen in de begeleiding

Focusgroepen

- Wat?: Een focusgroep is een groepsgesprek dat geleid wordt door een – liefst neutrale - moderator, die de groepsleden optimale kansen biedt om vanuit de interactie in de groep hun mening te kunnen geven. Het groepsgesprek gaat over barrières en faciliterende factoren bij de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten. Focusgroepen laten de deelnemers zelf aan het woord. Ze krijgen de vrijheid om vrijuit te praten. De moderator heeft de taak het gesprek te vergemakkelijken. Hij leidt het gesprek in goede banen aan de hand van een leidraad, zonder zelf onnodig te interveniëren. Hij wordt hierin ondersteund door een observator, die de interacties in de groep observeert en belangrijke thema's en uitspraken die aan bod komen in de discussie noteert. Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode, gebaseerd op het principe van de groepsdynamica. Het gesprek wordt bij voorkeur opgenomen en uitgetypt, om de analyses te onderbouwen en te faciliteren. Het duurt ongeveer een uur.
- Aantal deelnemers: zes à twaalf deelnemers
- Materiaal: leidraad met vragen, digitale geluidsrecorder

In bijlage 2 vindt u een voorbeeld van een focusgroep omtrent barrières en faciliterende factoren bij de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten. De resultaten van de focusgroepen in de pilootvoorzieningen van het project kwaliteitsbevordering, vindt u in tabel 1.
Algemene regels bij het opstellen van vragen zijn:

- Begin als openingsvraag met een niet-bedreigende vraag of 'ice-breaker'.
- Zorg voor korte en duidelijke vragen.
- Stel enkel open vragen. Stel zeker geen ja/neen-vragen.
- Stel geen 'waarom' vragen.
- Gebruik geen voorbeelden in de vragen.
- Gebruik gewoon taalgebruik dat is aangepast aan de deelnemers.
- Stel gevoelige vragen op het einde van de focusgroep.

Verschillende stappen:

1. Verwelkom de deelnemers.
2. Stel de moderator en observator voor.
3. Licht het doel van de focusgroep toe.
4. Licht de basisregels van een goede focusgroep toe: er zijn geen goede of foute antwoorden; laat elkaar uitspreken; de discussie vindt tussen de deelnemers plaats, de moderator faciliteert enkel door middel van enkele open vragen.
5. Garandeer vertrouwen en privacy in de mate van het mogelijke.
6. Licht het gebruik van de digitale geluidsrecorder toe en geef aan dat alles gewist zal worden na het uittikken.
7. Maak praktische afspraken over gsm en andere.
8. Geef de kans om vragen te stellen.
9. Voer de discussie aan de hand van een op voorhand opgestelde leidraad.
10. Sluit af: herhaal de voornaamste punten, geef een samenvatting. Vraag of er nog iemand iets wil toevoegen aan het gesprek. Geef aan hoe de resultaten verder opgevolgd zullen worden. Bedank de deelnemers.

🕒 *Voor de focusgroep is een bijeenkomst van twee uur nodig. Indien de verwerking volgens 'de regels van de kunst' gebeurt, met name het volledig uittypen van de focusgroep en het analyseren aan de hand van een boomstructuur met thema's, is dit zeer tijdsintensief. U kan er ook voor kiezen om zo veel mogelijk te noteren tijdens de focusgroep zelf en op basis van dit verslag verder te werken.*

Interviews

- Wat?: Een face-to-facegesprek met open vragen, geleid door een - liefst neutrale - interviewer, dat ongeveer 45 minuten duurt. Het gaat in dit geval om interviews met stakeholders omtrent barrières en faciliterende factoren binnen de voorziening met betrekking tot de implementatie van het geselecteerde meetinstrument en de richtlijn en met betrekking tot mogelijke implementatiestrategieën.
- Aantal deelnemers: interview binnen elke groep stakeholders minstens één persoon
- Materiaal: leidraad met vragen, digitale geluidsrecorder

Mogelijke vragen voor een interview vindt u in bijlage 3. Regels voor het opstellen voor vragen zijn dezelfde als die bij focusgroepen. De resultaten van de interviews in de pilootvoorzieningen van het project kwaliteitsbevordering, vindt u in tabel 1.

🕒 *Voor de interviews is telkens 45 minuten nodig. Indien de verwerking volgens 'de regels van de kunst' gebeurt, met name het volledig uittypen van de interviews en het analyseren aan de hand van een boomstructuur met thema's, is dit zeer tijdsintensief. De tijd die hiervoor nodig is, is ook afhankelijk van het aantal interviews dat men doet. Men kan er ook voor kiezen om zo veel mogelijk te noteren tijdens de interviews zelf en op basis van deze verslagen verder te werken.*

HULPVERLENER	
Verwachtingen bij de start van het implementatieproces m.b.t. factoren die proces zouden kunnen belemmeren of vereenvoudigen (focusgroepen)	**Ervaringen 6 à 8 maanden na de start van de implementatie m.b.t. factoren die proces belemmeren of vereenvoudigen (interviews)**
• Attitude t.a.v. veranderingen: open houding vs. weerstand – beïnvloed door alle volgende factoren • Bewustzijn • Kennis - expertise • Eigen ervaringen (met deze verandering, met andere veranderingen) • Ervaren werkdruk • Routines en gewoontes • Demografisch (leeftijd, discipline, ...) • Visie/overtuigingen m.b.t. kwaliteitsvolle behandeling • Gepercipieerde nadelen voor therapeutische relatie • Gepercipieerde voordelen voor hulpverleners: expertisebevordering medewerkers, betere opvolging van individuele cliënten, afstemming verwachtingen HV – cliënt, werkmateriaal/houvast	• Attitude t.a.v. veranderingen: meer als last dan lust gezien • Kennis – expertise: staf heeft instrumenten snel onder de knie; sommigen hebben moeilijkheden met interpreteren van instrumenten • Vaardigheden • Mate waarin men al gestructureerd werkt • Eigen ervaringen met deze veranderingen, vertrouwdheid met deze veranderingen; als men het te lang laat liggen doet men geen positieve ervaringen op en neemt motivatie af • Ervaren werkdruk: tijdsdruk, tijdsgebrek, extra werk; op termijn wel door sommigen als tijdsbesparing gezien • Visie/overtuigingen: ook afhankelijk van denkkader therapeuten (bevorderend of belemmerend) • Routines en gewoontes: er worden te vaak wegen bewandeld die men kent; nog geen automatisme om nieuwe instrumenten en richtlijnen te gebruiken • Demografisch: voor wie nieuw is zijn veranderingen evidenter dan voor wie er al langer werkt • Afhankelijk van hoe gestructureerd mensen zijn • Gepercipieerde voordelen: meetinstrument kan gesprek terug open trekken, objectivering beslissingen, betere opvolging door richtlijnen, houvast
TEAM	
Verwachtingen bij de start van het implementatieproces m.b.t. factoren die proces zouden kunnen belemmeren of vereenvoudigen (focusgroepen)	**Ervaringen 6 à 8 maanden na de start van de implementatie m.b.t. factoren die proces belemmeren of vereenvoudigen (interviews)**
• Communicatie en afstemming • Clinical leaders: expertise/ervaring en manier van aanbrengen • Ervaringen en meningen van anderen (sociale/professionele netwerken): andere voorzieningen, anderen in eigen voorziening, opinieleiders • Gepercipieerde voordelen voor team: afstemming, informatie-overdracht/uitwisseling eenvoudiger – meer systematiek in uitwisseling, aandacht voor alle teamleden	• Clinical leaders: hebben het soms moeilijk om motiverend te zijn,; hun enthousiasme is belangrijk. Afwezigheid clinical leader bemoeilijkt proces. • Ervaringen en meningen van anderen: horen van anderen wat moeilijk, gaat leidt tot daling motivatie; positieve getuigenis is motiverend • Attitude/draagvlak team: belang van open houding • Gepercipieerde voordelen voor team: richtlijnen leiden tot betere afstemming

VOORZIENING	
Verwachtingen bij de start van het implementatieproces m.b.t. factoren die proces zouden kunnen belemmeren of vereenvoudigen (focusgroepen)	**Ervaringen 6 à 8 maanden na de start van de implementatie m.b.t. factoren die proces belemmeren of vereenvoudigen (interviews)**
• Attitude en veranderingsbereidheid beleid • Communicatie- en beslissingsstructuur • Opnamebeleid • Compatibiliteit met visie, klemtonen behandelaanbod (ook: aansluiting bij bestaande kwaliteitsbevordering/reeds geïmplementeerde instrumenten) • Mogelijkheid tot aansluiting bij/integratie in bestaande behandelstructuur – overlegstructuren • Behandelsetting (ambulant vs. residentieel) • Afhankelijkheid van externen/externe factoren • Haalbaarheid met bestaande middelen (cf. aantal cliënten, aantal personeel, aantal te behandelen problematieken, …) • Cultuur m.b.t. controle/verplichting, bestaand opvolgingssysteem • Personeelswissel (gebrek aan continuïteit): nieuw, vervangingen, afwezigheid, dienstwisseling • Geschiedenis van de voorziening m.b.t. doorvoeren van veranderingen, beleid, communicatie- en beslissingsstructuur • Gepercipieerde voordelen voor de organisatie: systematisering, objectivering, zicht op proces en uitkomsten, meetbaarheid, transparantie, evalueren, kort op de bal spelen; zorgkwaliteit, evidence-based werken; imago/profilering; deelname aan wetenschappelijk onderzoek; startpunt voor verbreding naar hele werking	• Attitude en veranderingsbereidheid beleid: steun van directie/uren vrijmaken helpt • Cultuur m.b.t. controle/verplichting: opleggen van veranderingen door directie is belemmerend vs. controle helpt • Mogelijkheid tot aansluiting bij/integratie in bestaande behandelstructuur: helpt als aansluit, belemmerend als moeilijk • Tijdsgebrek op vergaderingen om aandacht te besteden aan veranderingen is belemmerend • Afstemming met externen niet altijd eenvoudig • Personeelswissel bemoeilijkt • Gepercipieerde voordelen voor de organisatie: nieuwe dynamiek, voldoening, professioneler imago, vereenvoudigt verantwoording naar de overheid, bevordert deskundigheid voorziening, behandeling wordt gefundeerder en correcter aangepakt, explicieter bezig zijn met verschillende fasen en wat aanbod inhoudt, ook positieve impact op andere afdelingen binnen de voorziening, meer zicht op registratie is handig bij evaluatie, versterking samenwerking met ander diensten
CLIËNTEN	
Verwachtingen bij de start van het implementatieproces m.b.t. factoren die proces zouden kunnen belemmeren of vereenvoudigen (focusgroepen)	**Ervaringen 6 à 8 maanden na de start van de implementatie m.b.t. factoren die proces belemmeren of vereenvoudigen (interviews)**
• Eigenheid cliëntenpopulatie: taal, mogelijkheid tot concentreren, opleidingsniveau, kunnen lezen en schrijven, A&D-gebruik, andere prioriteiten • Manipulatie/sociale wenselijkheid • Weerstand: ideologisch/inhoudelijk, eerdere ervaringen, andere prioriteiten, gebrek aan motivatie m.b.t. behandeling/bepaalde behandelfase, overbevraging • Gepercipieerde voordelen voor cliënten: aandacht voor alle cliënten en alle problemen, verruiming behandelvraag en problematiek, explicitering problemen, gerichte feedback, oplossingsgericht werken, minder belasting cliënten, meer cliëntparticipatie, betere uitkomsten bij cliënten	• Reactie cliënten: appreciatie van nieuw aanbod; ze blijken geen probleem te maken van meetinstrumenten; sommige cliënten nemen aanstoot aan bepaalde begrippen (vb. 'druggebruik') • Gepercipieerde voordelen voor cliënten: meer aandacht voor bepaalde problematieken, ernst van problematieken wordt beter ingeschat, betere doorverwijzingen, werken met instrument is voor sommige cliënten minder confronterend; aanvaardbaarder dan wanneer therapeut iets zegt, geruststellend voor cliënten dat ze worden opgevolgd (protocol), inclusie van bepaalde cliënten die vroeger uit de boot zouden zijn gevallen door nieuw aanbod, meer aandacht voor iedereen

INNOVATIE	
Verwachtingen bij de start van het implementatieproces m.b.t. factoren die proces zouden kunnen belemmeren of vereenvoudigen (focusgroepen)	**Ervaringen 6 à 8 maanden na de start van de implementatie m.b.t. factoren die proces belemmeren of vereenvoudigen (interviews)**
• Technische/praktische problemen (o.a. registratie) • Aard van de voorgestelde verandering: duidelijk afgebakend, veilig, komt tegemoet aan een nood, beperkte kostprijs, beperkte tijdsinvestering; lange vs. korte instrumenten (cf. belasting cliënten)	• Technische/praktische problemen: computerprogramma dat niet altijd vlot werkt, kleine veranderingen soms moeilijker op te volgen, hoe meer stappen in de registratie hoe meer risico op fouten • Extra werk voor administratie terwijl er voor hen verder geen voordeel is • Aard voorgestelde veranderingen: te ambitieus zijn is belemmerend • Elektronisch instrument vs. op papier: sommigen vinden op papier in dossier gemakkelijker om aan te denken dan bij elektronische versie; anderen vinden elektronische versie handiger omdat scoring wegvalt en gemakkelijker op te volgen
GEZONDHEIDSSYSTEEM	
Verwachtingen bij de start van het implementatieproces m.b.t. barrières en faciliterende factoren (focusgroepen)	**Ervaringen 6 à 8 maanden na de start van de implementatie m.b.t. factoren die proces belemmeren of vereenvoudigen (interviews)**
• Samenwerking/ondersteuning VAD positief • Beperkte middelen (beperkingen kader project) • Verplichting vanuit de overheid	• Kadering binnen duidelijk afgebakend project helpt: deadlines, duidelijk afgebakende veranderingen • Feit dat gekaderd is, zorgt voor meer vertrouwen in team: 'het is ergens op gebaseerd' • Extra middelen helpen

Vragenlijsten

- Wat?: schriftelijke vragenlijsten bij alle teamleden met betrekking tot kwaliteitsbevordering, evidence-based werken en evidence-based richtlijnen en met betrekking tot het teamklimaat
- Aantal deelnemers: indien mogelijk alle stakeholders
- Materiaal: vragenlijsten

Een voorbeeldvragenlijst vindt u in bijlage 4.

🕒 *Voor het invullen van de vragenlijsten moeten de deelnemers ongeveer twintig minuten rekenen. De verwerking kan op een eenvoudige manier in Excel gebeuren. Dit is niet tijdsintensief, maar de waarde van de bekomen informatie is beperkt indien dit niet gecombineerd wordt met een brainstorm, focusgroepen en/of interviews.*

Meer lezen?

Lewin K. (1951) *Field Theory in Social Science.* New York: Harper and Row

NICS – National Institute of Clinical Studies (2006) *Identifying barriers to evidence uptake.* Melbourne: NICS. www.nhmrc.gov.au/nics/

8 BEPALEN VAN IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN OP MAAT

"Ze hebben mij gevraagd: kijk, jij gelooft in het instrument, wil jij mee helpen om dat over te brengen? En dat is eigenlijk wat we nu aan het doen zijn en dat is niet simpel nee. Want ik wil dolgraag de mensen doen inzien dat je daar voordelen uit haalt en dat dat op zich, als je wat getraind bent, nog best leuk kan zijn ook. Maar om dat over te brengen, dat is echt geen eenvoudige taak."



Doelstelling

Doelstelling van deze fase is om op basis van de stakeholdersanalyse, de metingen binnen de klinische audit en de analyse van barrières en faciliterende factoren, te bepalen welke implementatiestrategieën het meest geschikt zijn om de implementatie van de geselecteerde evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten binnen de voorziening op verschillende momenten te bevorderen.

Samenvatting

1. Bepaal aan welke implementatiecriteria gewerkt moet worden.
2. Bepaal de voornaamste barrières en bepaal de veranderbaarheid van deze barrières.
3. Bepaal welke faciliterende factoren versterkt moeten en kunnen worden.
4. Bepaal welke implementatiestrategieën naar welke stakeholders gebruikt zullen worden. Leg vast wie verantwoordelijk is voor de implementatiestrategieën. Leg de timing van de implementatiestrategieën vast.
5. Communiceer op een goede manier en naar alle relevante stakeholders over de implementatiecriteria.
6. Voer de gekozen implementatiestrategieën uit en evalueer ze.

Theoretische achtergrond

Doordat er zo veel barrières en faciliterende factoren zijn die bepalen of richtlijnen en meetinstrumenten al dan niet geïmplementeerd worden zoals vooropgesteld, is geen enkele benadering op zich voldoende om tot een verbetering van de implementatie te komen. Vaak zijn verschillende strategieën nodig, zoals opleiding, het inzetten van opinieleiders, peer reviews, financiële en andere beloningen.
Het is belangrijk om te begrijpen wat hulpverleners motiveert in hun dagelijkse werk, en dat blijft vooral het kunnen aanbieden van zorg die aan een hoge kwaliteitsstandaard voldoet, om mensen te helpen.

In het algemeen wordt ervan uitgegaan dat er verschillende factoren de attitude van hulpverleners kunnen beïnvloeden. Enerzijds is het belangrijk dat er motiverende factoren aanwezig zijn, anderzijds zijn er ook structurele factoren die vervuld moeten zijn (Herzberg, 1959). Belangrijke motiverende factoren zijn erkenning, het gevoel hebben iets te bereiken, verantwoordelijkheid krijgen en de kans krijgen om competenties te ontwikkelen. Belangrijke structurele factoren zijn een degelijk beleid, een gepaste verloning, goede werkomstandigheden, supervisie en een goede relatie met collega's. In onderstaand schema wordt de invloed van deze factoren weergegeven. Onderstaande tabel geeft de invloed van motiverende factoren en structurele factoren op attitudes weer. Bij het opzetten van implementatiestrategieën moet hier rekening mee gehouden worden.

		Motiverende factoren	
		aanwezig	**afwezig**
Structurele factoren	**aanwezig**	prestatie	apathie
	afwezig	stress	sabotage

Wanneer het gaat over kansen om competenties te ontwikkelen, is opleiding of training een vaak gebruikte implementatiestrategie. Hierbij is het uiteraard niet alleen belangrijk dat deelnemers iets bijleren en dit ook onthouden, maar ook en vooral dat ze de know-how die ze verwerven toepassen in de praktijk (Baldwin & Ford, 1988). Deze transfer, die zowel het veralgemenen van het geleerde naar de job omvat als het behoud van de vaardigheden die men geleerd heeft op langere termijn, is niet evident. Verschillende factoren spelen hierbij een rol, zoals de vaardigheden, persoonlijkheid en motivatie van de hulpverlener die de opleiding volgt, de opzet en inhoud van de training en de ondersteuning en kansen die men krijgt in de werkomgeving om het geleerde toe te passen (Baldwin & Ford, 1988; Gumuseli & Ergin, 2002).

Om te evalueren of opleiding rendeert en tot transfer naar de praktijk leidt, is het belangrijk om op vier niveaus te evalueren (Kirkpatrick, 1994):

1. de reactie van de deelnemers op het trainingsprogramma, dit wil zeggen hun perceptie en appreciatie, persoonlijk en op het vlak van bruikbaarheid;
2. de verworven kennis, attitudes en vaardigheden van de deelnemers (aan de hand van een test of zelfevaluatie);
3. het gedrag van de deelnemers, dit wil zeggen het gebruik van de nieuw aangeleerde vaardigheden (transfer) in de job (via 360°-feedback, via een test);
4. het resultaat of de vooruitgang op kritieke prestatiefactoren binnen voorziening (aan de hand van een pre- en posttest).

In het algemeen kunnen we stellen dat er geen overtuigende evidentie is dat een bepaalde implementatiestrategie superieur is in alle situaties. In veel gevallen zijn verschillende interventies op verschillende niveaus nodig (individueel, organisatie, innovatie, …). Implementatie op maat van doelstellingen, doelgroep en setting is aanbevolen.

In onderstaande tabel 2 worden voorbeelden gegeven van mogelijke implementatiestrategieën op verschillende niveaus voor de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten die door de pilootvoorzieningen gebruikt werden.

TABEL 2: IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN VAN DE PILOOTVOORZIENINGEN

HULPVERLENERS/TEAM
• opleiding/training • betrokkenheid in proces • reminders: via computer, cliëntendossier, prikbord, lijsten, … • aandacht houden voor therapeutische vrijheid en creativiteit • klein beginnen • samen starten • gefaseerd werken • tijd geven • anticiperen op problemen • werken via verschillende fora • voorbereidingstijd • keuzemogelijkheid m.b.t. veranderingen • tijd voor uitvoering en registratie • opvolging • informatie/communicatie en afstemming in team m.b.t. verandering • team spreekt elkaar aan m.b.t. verandering • evaluatie en bijsturing • intervisie en uitwisseling • bewust inzetten van opinieleiders en clinical leaders: positieve getuigenissen • ondersteuning van opinieleiders en clinical leaders • systematische bespreking op team van stand van zaken implementatie, nagaan wie 'huiswerk' gemaakt heeft • resultaten van meetinstrumenten systematisch op team brengen • duo's vormen die elkaar ondersteunen • externe ondersteuning • cases in groepjes bespreken, oefenen in groepjes • rapportage instrumenten systematisch in intakeformulieren en verslaggeving team steken
VOORZIENING
• ondersteuning staf: administratief (ook opvolging), minimale belasting • opvolging/verplichting vanuit beleid naar staf (veranderingen maken deel uit van takenpakket) en cliënten (veranderingen maken deel uit van behandelingskader) • opleiding/training van externen • afstemming en afspraken met externen • protocoliseren/systematiseren van behandelingsaanbod en veranderingen (vaste momenten, inhoud & uitvoering) • integratie in bestaande behandelstructuur – overlegstructuren; rekening houden met setting • controle • registratie, audit en feedback (zo eenvoudig mogelijk)
CLIËNTEN
• communicatie naar cliënten, terugkoppeling van resultaten • aangepaste ondersteuning voor cliënten • verplichten voor cliënten (vast onderdeel behandelaanbod) • evaluatie bij cliënten
INNOVATIE
• handleiding • elektronische versie instrument • duidelijk afbakenen van wat geïmplementeerd gaat worden, door wie en wanneer (cf. implementatiecriteria)
GEZONDHEIDSSYSTEEM
• middelen: extra personeel en geld

Werkwijze

Stap 1: bepalen van implementatiecriteria waaraan gewerkt moet worden

Op basis van de verschillende metingen binnen de klinische audit (zie hoofdstuk 6) wordt door de clinical leader en de werkgroep kwaliteitsbevordering bekeken in welke mate de evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten reeds geïmplementeerd worden en op welke vlakken de implementatie verbeterd moet worden.

🕒 *Normaal gezien zijn de conclusies met betrekking tot implementatiecriteria waarrond gewerkt moet worden in dit stadium reeds getrokken (zie hoofdstuk 6 stap 4). Deze stap zal dus weinig tijd in beslag nemen.*

Stap 2: bepalen van voornaamste barrières en bepalen van veranderbaarheid

De clinical leader bekijkt samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering op basis van de reeds verzamelde informatie welke factoren de voornaamste barrières vormen in de implementatie van de geselecteerde evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten (zie hoofdstuk 7). Er wordt bekeken welke van deze barrières veranderbaar zijn en aan welke barrières men wil en kan werken.

🕒 *Voor het bepalen van barrières (stap 2) en faciliterende factoren (stap 3) waaraan men wil werken, kan men zich baseren op reeds verzamelde informatie (zie hoofdstuk 7). Eén overlegmoment met de werkgroep kwaliteitsbevordering is hiervoor aangewezen.*

Stap 3: bepalen van te versterken faciliterende factoren

De clinical leader bekijkt samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering op basis van de reeds verzamelde informatie welke faciliterende factoren versterkt moeten en kunnen worden (zie hoofdstuk 7).

🕒 *Zie stap 2.*

Stap 4: bepalen van implementatiestrategieën naar verschillende stakeholders

Op basis van de informatie die reeds verzameld werd in stappen 1, 2 en 3, bepalen de clinical leader en de werkgroep kwaliteitsbevordering welke implementatiestrategieën gebruikt zullen worden. Deze implementatiestrategieën worden gedifferentieerd naar verschillende groepen stakeholders (zie hoofdstuk 5 stap 3). Er wordt hierbij ook rekening gehouden met literatuur over de effectiviteit van implementatiestrategieën. Er wordt vastgelegd wie verantwoordelijk is voor de implementatiestrategieën en ook de timing van de implementatiestrategieën wordt vastgelegd (zie onderstaand voorbeeld en tool 4 achteraan deze leidraad).

Voor de clinical leader zijn er sowieso verschillende aandachtspunten naar stakeholders toe:

- Betrek hen in verschillende fasen van het implementatieproces.
- Geef hen de kans om mee na te denken en feedback te geven.
- Geef hen de kans tot ‘quick wins’.
- Erken hen in hun inspanningen.
- Houd rekening met de stadia van verandering waarin mensen zich bevinden.
- Heb geduld.
- Laat mensen in het begin stoom afblazen en ga niet in conflict.
- Toon voldoende empathie.
- Blijf vastberaden.

De voordelen van de evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten voor hulpverleners en cliënten moeten overtuigend kunnen worden aangetoond. De focus moet hierbij liggen op kwalitatief goede of betere hulpverlening aan cliënten. De persoonlijke ontwikkeling van de

stakeholders moet gestimuleerd worden en er moeten hen kansen geboden worden op het vlak van zelfontplooiing, bijscholing en verbetering van hun dagdagelijkse praktijk met cliënten.

🕒 *Over implementatiestrategieën (stap 4) en over de manier van communiceren naar stakeholders (stap 5) moet op voorhand goed worden nagedacht op basis van eerder gemaakte analyses. Voorzie hiervoor de nodige tijd.*

Stap 5: communiceren naar stakeholders

Een goede implementatie begint met goede communicatie, van bij het begin van het implementatieproces. Het is belangrijk dat dit door de clinical leader(s) gebeurt en ondersteund wordt door de werkgroep kwaliteitsbevordering. Houd rekening met volgende aspecten:

- Zorg ervoor dat uw boodschap bondig, duidelijk, pakkend, geloofwaardig, concreet, op maat en consistent is.
- Bepaal op voorhand of u één of twee kanten van de medaille toont. Als de stakeholders ze beide kennen, laat ze dan ook allebei aan bod komen. Zo niet verzandt u in een ongeloofwaardige 'good news' show.
- Werk deductief wanneer uw publiek positief staat ten opzichte van de verandering: u kan vanuit de verandering zelf vertrekken.
- Werk inductief als u denkt dat uw publiek negatief zal staan ten opzichte van de verandering: vertrek vanuit bepaalde noden die worden aangevoeld en geef aan op welke manier de verandering hieraan tegemoet kan komen.
- Stel het nieuwe expliciet niet boven, maar naast het oude. Mensen hebben immers vaak het gevoel dat door de vraag om op een andere manier te werken, de oude manier van werken verworpen wordt.
- Hou niet vast aan argumenten die niet werken – ga op zoek naar nieuwe.
- Bereidt u voor op tegenargumenten.

🕒 *Zie stap 4.*

Stap 6: uitvoeren en evalueren van implementatiestrategieën

De clinical leader evalueert samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering de implementatiestrategieën. Probeer hierbij een antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Welke geplande implementatiestrategieën werden uitgevoerd en met welke stakeholders? Welke niet en hoe komt dit? Welke barrières zijn er en hoe kunnen we eraan tegemoet komen?
- Werden de implementatiestrategieën uitgevoerd volgens plan, zowel qua vorm, inhoud als timing? Zo niet welke aanpassingen gebeurden er en hoe komt dit?
- Welke implementatiestrategieën lijken er aan te slaan bij stakeholders, welke niet? Hoe komt het dat de strategieën al dan niet aanslaan? Welke barrières zijn er en hoe kunnen we hieraan tegemoet komen? Op welke manier kunnen we onze implementatiestrategieën aanpassen opdat ze beter aanslaan bij de stakeholders naar wie ze gericht zijn?
- Welke bijkomende implementatiestrategieën zijn nodig en naar welke stakeholders?

🕒 *De evaluatie van de implementatiestrategieën kan zo beperkt of zo uitgebreid gebeuren als men zelf relevant en haalbaar acht. Minimum één overlegmoment met de werkgroep kwaliteitsbevordering is hiervoor aangewezen.*

VAD

kwaliteits-
bevordering

Criterium: Van alle cliënten met een opiaatafhankelijkheid die zich nieuw aanmelden voor een behandeling met substitutiemedicatie, wordt binnen een indicatiestellingsfase (die max. 6-8 weken kan duren) een EuropASI afgenomen.

Stakeholders m.b.t. de implementatie van dit criterium: Cliënten zelf, teamleden (anciens+anderen), coördinator, directeur, projectverantwoordelijken, IT en logistiek

Gewenste standaard: 80% van de cliënten kan binnen de 8 weken na intake gemotiveerd worden tot afnemen van de EuropASI

Analyse van barrières en faciliterende factoren

Barrières:

- Meer tijd naar overleg is minder tijd voor cliënten
- Vragenlijst/interview belastend voor cliënten
- Nog heel wat onduidelijkheden (bv. nieuwe cliënt, wie interpreteert?...)
- Afname en interpretatie vraagt van de medewerkers nog heel wat oefening, training
- Rekening houden met profiel en medewerking van cliënten
- Tijdsinvestering
- Registratie
- Behandelsetting (ambulant, 30 min. per cliënt, haalbaarheid)

Faciliterende factoren:

- Protocollering: wordt ingebouwd in behandelingskader
- We kunnen leren uit eerdere pogingen om de EuropASI te implementeren
- We kunnen leren van andere voorzieningen
- Het wordt verplicht gemaakt voor hulpverlener en cliënten
- Er wordt tijd en ruimte gegeven
- Er zijn extra middelen

Implementatiestrategieën	**Verantwoordelijken m.b.t. implementatiestrategieën**	**Timing van de implementatiestrategieën**
Bij de start van het implementatieproces		
1. organiseren van interne training: collega-hulpverleners die nog geen training volgden in de afname en interpretatie van de EuropASI volgen deze training binnen de 6 maanden.	1. UGent: trainingen EuropASI	1. december overige nog te organiseren
2. Twee collega's binnen de equipe sturen de afname en interpretatie van de ASI-gegevens en volgen dit op. Zij ondersteunen het team bij de implementatie van dit instrument en volgen intervisie bij collega's andere voorziening/externe expert *	2. Intervisie bij collega's andere voorziening, externe expert	
3. vormen van duo's (ancien+andere) ** 4. contingency voor hulpverleners *** 5. monitoring van de afnames + feedback	3; 4; 5. Clinical leader	
6. 4 x per jaar EuropASI-team	6. Clinical leader, coördinator en 2 collega's	
7. elektronische verwerking	7. Logistieke medewerker en IT verantwoordelijke	

9 maanden na de start van de implementatie 1. blijvende aandacht voor oefening van ASI tijdens teamvergaderingen (om de 14 dagen) 2. toelichting van IT-verantwoordelijke andere voorziening rond gebruik en mogelijkheden van elektronische versie ASI 3. nieuwe cliënten worden rechtstreeks toegewezen aan een bepaalde hulpverlener voor ASI en behandelplan 4. monitoring van de afnames en feedback 5. beschikbaarheid van externe experts en collega's andere voorziening voor supervisie en ondersteuning	1.collega's, coördinator, trekkers binnen het team 2. IT-verantwoordelijke andere voorziening , alle collega's, IT verantwoordelijke eigen voorziening 3. coördinator, collega's, nieuwe cliënten, logistiek medewerker 4. twee collega's (trekkers binnen team), coördinator 5. directie, externe expert, andere voorziening, collega's	1.afspraak dat er in de komende maanden om de 14 dagen kan geoefend worden met implementatie van behandelplan (de ASI maakt hier deel van uit) 2. september 3. vanaf juni 4. doorlopend proces 5. doorlopend op vraag van werkgroep kwaliteitsbevordering

* Wij geloven dat voor een geslaagd implementatieproces het belangrijk is dat dit van binnenuit getrokken wordt. Wij hebben daarom gezocht naar twee spilfiguren die dit op teamniveau kunnen trekken of 'opinieleiders'. Deze twee collega's krijgen de nodige interne (o.a. tijd en/of andere werkorganisatie) en externe ondersteuning bij het implementeren van dit instrument bij de ganse equipe. Zij worden ondersteund via deskundigheidsbevordering en externe supervisie door een expert.

****** Wij hopen dat er door het vormen van duo's vooral meer rechtstreekse aanmoediging en ondersteuning kan komen naar elkaar toe. Bovendien kan hierdoor enige sociale druk gecreëerd worden om de implementatie te laten slagen. In het samenstellen van deze duo's denken wij aan een ancien en een jongere collega. Wij hopen hierdoor ook de aanwezige weerstand wat te counteren.

*** Wij denken eraan om het ganse team een gezamenlijk doel te geven dat inhoudt dat wanneer elke collega met minstens één cliënt de ganse indicatiestelling doorlopen heeft, het team een traktatie op taart verdient.

Evaluatie implementatiestrategieën Het relatieve slagen van de implementatie van de EuropASI heeft volgens ons met meerdere factoren te maken:

- De ondersteuning vanuit een VAD-project dat aanmoedigt en aanzet tot reflectie en meer proces- en resultaatsgericht werken. De uitwisseling met andere collega's was hierin bijzonder waardevol.
- Een geloof van directie en coördinator in het opzet van dit kwaliteitsproject.
- Een gedreven werkgroep kwaliteitsbevordering die vanuit het team werd gemandateerd en opnieuw de brug naar het team kon maken (belangrijke voorbeeldfunctie).
- Het schitterend engagement van twee collega's (opinieleiders) die het team gemotiveerd, ondersteund, begeleid hebben. Zij hebben met constante en geduldige aandacht de verschillende collega's bijgestaan die elk met hun eigen ritme de afname, score en interpretatie hebben aangeleerd.
- Een constante en herhaalde aandacht voor het gebruik van de EuropASI binnen het begeleidingsproces van cliënten. Na een teamdag in januari 2011 werd er om de 14 dagen binnen de teamvergadering ruimte en tijd gemaakt voor het inoefenen van de vaardigheden die nodig zijn voor de afname en interpretatie van de ASI.
- De kadering van de implementatie van een meetinstrument en richtlijn binnen een bredere indicatie – en behandelingsdoelstelling. Collega's hebben, hopen wij, minder het gevoel dat het meten is om te meten. De afname past binnen een gerichter behandelaanbod waarin inspraak en bespreking van behandeldoelstellingen centraal staan.
- De erkenning voor de inzet van de collega's. Dit gebeurde tijdens de verschillende oefenmomenten, maar ook rechtstreeks door clinical leaders en de directeur van de organisatie.
- De blijvende aandacht en tijd die binnen de teamvergadering gemaakt wordt voor oefening, en implementatie van behandelplan.
- De afspraak dat bij aanmelding binnen het team er onmiddellijk een collega wordt aangesteld voor afname ASI en uitwerken behandelplan. De afspraak dat er vanaf de aanmelding ook reeds data worden afgesproken voor bespreking behandelplan en evaluatie.

Meer lezen?

Baldwin, T.T. & Ford, J.K. (1988) Transfer of training, a review of and directions for future research. *Personnel Psychology, 41*, 63-105.

Cozijnsen, J. (2004) *Anders veranderen. Sturen op slaagfactoren bij complexe veranderprojecten.* Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Effective Health Care Bulletin (1998) *Getting evidence into practice*. Effective Health Care Bulletin, 5(1). London, Royal Society of Medicine Press Also available from: www.york.ac.uk/inst/crd/ehc51.pdf

Grol, R. & Wensing, M. (2010) *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg.* Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.

Grol, R. & Grimshaw, J. (2003) From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet, 362*, 1225-1230.

Gumuseli, A.I. & Ergin, B. (2002) The manager's role in enhancing the transfer of training: a Turkish case study. *International Journal of Training and Development, 6*(2), 80-97.

Herzberg, F., Mausner, B. & Synderman, B.B. (1959) *The motivation to work (2nd ed.).* New York: John Wiley & Sons.

Kirkpatrick, D. L. (1994). *Evaluating training programs.* San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Kloosterboer, P. (2005) *Voor de verandering. Over leidinggeven aan organisatieverandering.* Den Haag: SDU.

Ten Have, S., Ten Have, W. & Janssen, B. (2010) *Het veranderboek. 70 vragen van managers over organisatieverandering.* Amsterdam: Mediawerf.

GLOSSARIUM

Barrières: factoren die het implementatieproces van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten (kunnen) belemmeren (zie hoofdstuk 7).

Klinische audit: een proces van kwaliteitsverbetering met als doel het verbeteren van de zorg voor cliënten en cliëntuitkomsten, door een systematische evaluatie van structuur, processen en uitkomsten van de zorg ten opzichte van expliciete criteria (National Institute for Clinical Excellence, 2002; zie hoofdstuk 6).

Clinical leader: iemand die op de hoogte is van en meedraait in de dagelijkse praktijk van de voorziening en het implementatieproces bottom-up begeleidt (zie hoofdstuk 3).

Evidence-based richtlijnen: documenten met aanbevelingen ter ondersteuning van de besluitvorming door professionelen in de zorg en door patiënten, gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen (Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO, 2007; zie hoofdstuk 4).

Faciliterende factoren: factoren die het implementatieproces van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten (kunnen) bevorderen (zie hoofdstuk 7).

Implementatiecriteria: criteria die aangeven op welke manier aanbevelingen uit evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk van de voorziening concreet geïmplementeerd zullen worden (zie hoofdstuk 4).

Kwaliteitsvolle zorg: Evidence-based behandelingen die voorzien worden door professionele praktijkwerkers, die over aantoonbare kerncompetenties beschikken in hun werkgebied en wiens activiteiten regelmatig gemonitord worden via het meten van kwaliteitsindicatoren op programma- en systeemniveau. (McLellan et al., 2007; zie inleiding)

Opinieleiders: hulpverleners die op basis van hun ervaring, expertise en/of uitstraling als autoriteit gezien worden binnen het team en hun invloed gebruiken om gedragsverandering te promoten (zie hoofdstuk 3).

Project Cycle Management (PCM): een methodologie of een manier van werken die u helpt de resultaten en doelen van een project stapsgewijs te bereiken (zie hoofdstuk 2).

Stakeholders: mensen binnen en buiten de voorziening die rechtstreeks of onrechtstreeks te maken hebben met de implementatie van de evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten (zie hoofdstuk 5).

TOOLS

Tool 1: opstellen van implementatiecriteria

Criterium	Standaard (%)	Uitzonderingen	Toelichting / onderbouwing	Instructies voor dataverzameling

kwaliteits-bevordering

Tool 2: bepalen van houding, mogelijke bijdrage en tijdsinvestering van stakeholders

Stakeholder	Belang en houding t.a.v. project	Bijdrage	Tijdsinvestering

Tool 3: weergeven van resultaten klinische audit

Criterium	Standaard (%)	Bron (waar heeft u data verzameld?)	% dat voldoet aan het criterium na 3 maanden	Andere bevindingen m.b.t. dit criterium / opmerkingen

VAD kwaliteits-bevordering

Tool 4: bepalen van implementatiestrategieën op maat

Criterium:		
Stakeholders m.b.t. de implementatie van dit criterium:		
Gewenste standaard:		
Resultaten klinische audit:		
Analyse van barrières en faciliterende factoren:		
Implementatiestrategieën	**Verantwoordelijken m.b.t. implementatiestrategieën**	**Timing van de implementatiestrategieën**
Evaluatie implementatiestrategieën		

BIJLAGEN

Bijlage 1: checklist met betrekking tot het stappenplan

AANDUIDEN VAN CLINICAL LEADER(S) EN SAMENSTELLEN VAN EEN WERKGROEP KWALITEITSBEVORDERING (H3)	
1. Duid (een) clinical leader(s) aan: overleg samen met verantwoordelijken en het team welke perso(o)n(en) de rol van clinical leaders op zich nemen. Houd rekening met betrokkenheid in de praktijk, klinisch relevante ervaring, 'opinieleiders', draaglast en draagkracht. Kies bij voorkeur voor een duo van clinical leaders.	
2. Zorg ervoor dat deze clinical leaders het formele mandaat en de ondersteuning krijgen van de directie om het implementatieproces van EBR en meetinstrumenten in de voorziening bottom-up in gang te zetten en te begeleiden.	
3. Stel een werkgroep kwaliteitsbevordering samen met mensen die geïnteresseerd en gemotiveerd zijn om te werken rond de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten. Zij vormen het klankbord van de clinical leader(s).	
OPSTELLEN VAN IMPLEMENTATIECRITERIA (H4)	
1. Bepaal samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering rond welke zorgaspecten er gewerkt zal worden. Doe eventueel een nodenbevraging bij stakeholders indien hier geen duidelijkheid over bestaat.	
2. Selecteer evidence-based richtlijnen en kernaanbevelingen die geïmplementeerd zullen worden in de voorziening.	
3. Selecteer meetinstrumenten die geïmplementeerd zullen worden in de voorzieningen.	
4. Stel implementatiecriteria op voor de EBR en de meetinstrumenten. Zorg ervoor dat deze criteria meetbaar en observeerbaar, betrouwbaar, eenduidig en herhaalbaar, flexibel en evalueerbaar zijn. De vereiste informatieverzameling moet haalbaar en aanvaardbaar zijn gezien het aantal stafleden en het aantal cliënten. Hou dus ook rekening met structurele voorwaarden, met name de middelen die nodig zijn om de criteria te kunnen implementeren. Geef aan welke uitzonderingen er zijn op de implementatiecriteria.	
5. Stel standaarden voorop met betrekking tot de implementatiecriteria.	
6. Stel instructies op voor dataverzameling met betrekking tot de implementatiecriteria.	
7. Verspreid de implementatiecriteria en verwachte standaarden naar alle stakeholders met mogelijkheid tot feedback.	
UITVOEREN VAN EEN STAKEHOLDERSANALYSE (H5)	
1. Breng samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering in kaart welke stakeholders van belang zijn bij de implementatie van de EBR en meetinstrumenten. Maak hierbij een onderscheid tussen externe en interne stakeholders, strategische en operationele stakeholders.	
2. Ga na welke impact de stakeholders ondervinden van het implementatieproces en welke invloed zij erop kunnen uitoefenen.	
3. Bekijk op basis van deze informatie op welke manier met en naar deze stakeholders gewerkt moet worden.	
4. Bepaal de houding van de stakeholders, de bijdrage die zij kunnen leveren aan het implementatieproces en de tijdsinvestering die hier tegenover staat.	
KLINISCHE AUDIT (H6)	
1. Bepaal met betrekking tot welke implementatiecriteria u een klinische audit wil uitvoeren.	
2. Bepaal op welke momenten de klinische audit zal uitgevoerd worden.	
3. Communiceer de basisprincipes van de klinische audit naar stakeholders.	
4. Leg de resultaten van de klinische audit samen en communiceer ze naar alle relevante stakeholders, met de mogelijkheid tot feedback. Gebruik de resultaten om verdere implementatiestrategieën te bepalen en de implementatiecriteria eventueel aan te passen	

indien nodig.	
ANALYSEREN VAN BARRIERES EN FACILITERENDE FACTOREN (H7)	
1. Bepaal samen met de werkgroep kwaliteitsbevordering welke methode gebruikt zal worden bij het in kaart brengen van verwachte en ervaren barrières en faciliterende factoren. Kies een methode die haalbaar is qua investering en behandel de resultaten van deze analyse zo vertrouwelijk mogelijk. Dit kan een brainstorm zijn, maar ook focusgroepen, interviews of vragenlijsten.	
2. Maak een opsplitsing tussen barrières en faciliterende factoren op het vlak van de innovatie, hulpverleners, het team, cliënten, de organisatie en het gezondheidssysteem.	
BEPALEN VAN IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN OP MAAT (H8)	
1. Bepaal aan welke implementatiecriteria gewerkt moet worden.	
2. Bepaal de voornaamste barrières en bepaal de veranderbaarheid van deze barrières.	
3. Bepaal welke faciliterende factoren versterkt moeten en kunnen worden.	
4. Bepaal welke implementatiestrategieën naar welke stakeholders gebruikt zullen worden. Leg vast wie verantwoordelijk is voor de implementatiestrategieën. Leg de timing van de implementatiestrategieën vast.	
5. Communiceer op een goede manier en naar alle relevante stakeholders over de implementatiecriteria.	
6. Voer de gekozen implementatiestrategieën uit en evalueer ze.	

Bijlage 2: voorbeeldfocusgroep

1. Ik zou willen beginnen met een rondje waarin je even aangeeft wat er voor jou in je dagelijkse praktijk verandert door de introductie van deze nieuwe evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten.
2. Voor iedereen verandert er wel het één en het ander en dat brengt waarschijnlijk voor- en nadelen met zich mee. Wat zijn de voordelen van het toepassen van de nieuwe evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk van de afdeling? Wat is er positief aan? Wat zijn de nadelen in de dagelijkse praktijk? Wat is er negatief aan?
    a. Wat zijn de voordelen voor jezelf? Wat zijn de nadelen voor jezelf?
    b. Wat zijn de voordelen voor de cliënt? Wat zijn de nadelen voor de cliënt?
    c. Wat zijn de voordelen voor het team? Wat zijn de nadelen voor het team?
        i. Hoe staat het met de overtuiging in het team van de voordelen van het gebruik van de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten?
    d. Wat zijn de voordelen voor de afdeling of de voorziening? Wat zijn de nadelen?
    e. Welke andere voor- of nadelen zie je?
3. We hebben nu de voor- en nadelen bekeken, dat zijn uiteraard zaken die de toepassing van de evidence-based richtlijn/meetinstrumenten zullen beïnvloeden. Welke andere zaken zullen het jullie moeilijk maken om de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten toe te passen? Welke barrières zie je? (om te integreren in de bestaande manier van werken)
    a. Als je denkt aan je cliënten, zijn er bepaalde cliëntengroepen bij wie het moeilijker zal zijn om de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten toe te passen? Zijn er algemene cliëntgerelateerde zaken?
    b. Als je denkt aan jezelf, zijn er dan zaken waarvan je denkt dat die de toepassing van de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten voor jou moeilijk maken? – Welke zaken maken het makkelijker om de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten toe te passen? Wat heb jij nog nodig om ze te kunnen toepassen?
    c. Zijn er zaken die met het team te maken hebben die dit bemoeilijken/vergemakkelijken?
    d. Zijn er bijvoorbeeld bestaande routines, gewoontes, procedures die het moeilijk maken om de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten toe te passen? – Welke bestaande routines maken het makkelijker om de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten toe te passen?
    e. Welke ervaringen heeft de voorziening met het doorvoeren van veranderingen? (positief & negatief)
4. Wat zou er nog kunnen of moeten gebeuren volgens jullie om het toepassen van de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten zo veel mogelijk te faciliteren of te vereenvoudigen?
    a. Wat kan het team zelf doen of organiseren?
        i. Op welke manier ondersteunen de teamleden elkaar met betrekking tot het implementatieproces?/Op welke manier kunnen ze elkaar ondersteunen?
    b. Wat moet bijkomend gebeuren?
5. Is er iemand die nog een vraag aan de groep wil stellen over de toepassing van de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten?

Bijlage 3: voorbeeldinterview

1. Er zijn de laatste maanden een aantal veranderingen doorgevoerd op het vlak van… Graag zou ik weten wat voor jou concreet is veranderd in je dagelijkse praktijk door de introductie van deze nieuwe evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten.
2. De veranderingen hebben waarschijnlijk tot hiertoe zowel voor- als nadelen met zich meegebracht. Wat zijn de voordelen van het toepassen van de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk van de afdeling? Wat is er positief aan? Wat zijn de nadelen in de dagelijkse praktijk? Wat is er negatief aan?
    a. Wat zijn de voordelen voor jezelf? Wat zijn de nadelen voor jezelf?
    b. Wat zijn de voordelen voor de cliënt? Wat zijn de nadelen voor de cliënt?
    c. Wat zijn de voordelen voor het team? Wat zijn de nadelen voor het team?
    d. Hoe staat het met de overtuiging in het team van de voordelen van het gebruik van de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten?
    e. Wat zijn de voordelen voor de afdeling of de voorziening? Wat zijn de nadelen?
    f. Welke andere voor- of nadelen zie je?
3. We hebben nu de voor- en nadelen bekeken, dat zijn uiteraard zaken die de toepassing van de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten zullen beïnvloeden. Welke andere zaken hebben het je tot hiertoe moeilijk gemaakt om de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten toe te passen? Welke barrières ben je tegengekomen? (om te integreren in de bestaande manier van werken)
    a. Als je denkt aan je cliënten, zijn er bepaalde cliëntengroepen bij wie het moeilijker/gemakkelijker was om de richtlijnen toe te passen? Zijn er algemene cliëntgerelateerde zaken die de toepassing beïnvloeden?
    b. Als je denkt aan jezelf, zijn er dan zaken die de toepassing van de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten voor jou moeilijk hebben gemaakt? – Welke zaken hebben het gemakkelijker gemaakt om de richtlijnen toe te passen? Wat heb jij nog nodig om ze goed te kunnen toepassen?
    c. Welke zaken die met het team te maken hebben dit bemoeilijkt / /vergemakkelijkt?
    d. Welke bestaande routines, gewoontes, procedures maakten het moeilijk om de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten toe te passen? – Welke bestaande routines maakten het gemakkelijker om ze toe te passen? (o.a. ook beslissing & communicatie)
    e. Welke ervaringen van het ziekenhuis/de afdeling met het doorvoeren van veranderingen hebben het proces beïnvloed? (positief & negatief)
4. Wat zou er nog kunnen of moeten gebeuren volgens jou om het toepassen van de evidence-based richtlijnen/meetinstrumenten zo veel mogelijk te faciliteren of te vereenvoudigen?
5. Wat kan het team zelf nog doen of organiseren?
6. Op welke manier ondersteunen de teamleden elkaar m.b.t. het implementatieproces?/Op welke manier kunnen ze elkaar nog verder ondersteunen?

Bijlage 4: voorbeeldvragenlijst

VRAGENLIJST PROJECT KWALITEITSBEVORDERING

Voor mensen die in de praktijk met cliënten werken

ALGEMENE GEGEVENS

1. **Voorziening:**
2. **Geslacht:**

☐ man
☐ vrouw

3. **Leeftijd:**
4. **Functie:**
5. **Anciënniteit in deze voorziening (aantal jaar):**
6. **Ervaring in de verslavingszorg (aantal jaar):**
7. **Opleiding (ook eventueel bijkomende opleidingen):**

8. **Probeert u bij te blijven met nieuwe ontwikkelingen in het werkveld?**

☐ ja
☐ nee

Zo ja, op welke manier? Via:

☐ internet
☐ databanken
☐ bibliotheek
☐ collega's
☐ opleidingen/studiedagen
☐andere, namelijk:

9. **Was u reeds eerder betrokken bij projecten voor kwaliteitsbevordering?**

☐ ja
☐ nee

Zo ja, leg uit:

10. **Had u voor de start van het project kwaliteitsbevordering reeds ervaring met de implementatie van evidence-based richtlijnen?**

☐ ja
☐ nee

Zo ja, leg uit:

11. **Had u voor de start van het project kwaliteitsbevordering reeds ervaring met de implementatie van meetinstrumenten?**

☐ ja
☐ nee

Zo ja, leg uit:

EVIDENCE-BASED PRACTICE

1. Vragen

	Positief	Noch positief, noch negatief	Negatief	Ik weet het niet
1. Hoe staat u tegenover de huidige tendens naar meer evidence-based practice/de ontwikkeling van evidence-based richtlijnen voor behandeling?	☐	☐	☐	☐
2. Hoe staat men op beleidsniveau in uw voorziening tegenover deze tendens?	☐	☐	☐	☐

3. Is er volgens u een verschil in houding tussen de verschillende disciplines/functies? (artsen, verpleegsters, groepsbegeleiders, therapeuten, directie,…)

☐ ja
☐ nee

Zo ja: in welke zin?

2. In welke mate bent u akkoord met volgende stellingen?

	Helemaal niet akkoord	In geringe mate akkoord	Matig akkoord	In grote mate akkoord	In zeer grote mate akkoord
1. Ik gebruik graag nieuwe behandelvormen/interventies om mijn cliënten te helpen.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ik ben bereid om nieuwe behandelvormen/interventies te gebruiken, zelfs als ik een protocol/handleiding moet gebruiken.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ik weet beter dan academische onderzoekers hoe ik zorg moet dragen voor mijn cliënten.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ik ben bereid nieuwe en andere behandelvormen/interventies te gebruiken die ontwikkeld werden door onderzoekers.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Behandelingen/interventies gebaseerd op onderzoek zijn klinisch niet bruikbaar.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Klinische ervaring is belangrijker dan het gebruik van geprotocolliseerde behandeling/interventies.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ik zou geen geprotocolliseerde behandeling/interventies gebruiken.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ik zou een nieuwe behandeling/interventie uitproberen, zelfs als deze zou verschillen van wat ik gewoon ben te doen.	☐	☐	☐	☐	☐

EVIDENCE-BASED RICHTLIJNEN

1. Hoe bruikbaar vindt u evidence-based richtlijnen in de dagelijkse praktijk met cliënten?

☐ niet bruikbaar
☐ tot op zekere hoogte bruikbaar
☐ zeer bruikbaar
Waarom?

2. In welke mate bent u akkoord met volgende stellingen?

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Volledig akkoord
EVIDENCE-BASED RICHTLIJNEN:					
1. verbeteren de zorgkwaliteit.	☐	☐	☐	☐	☐
2. keiden tot over-vereenvoudigde kookboekzorg.	☐	☐	☐	☐	☐
3. beperken kosten.	☐	☐	☐	☐	☐
4. zijn te algemeen om ze te kunnen toepassen in de praktijk.	☐	☐	☐	☐	☐
5. zijn een leermiddel/een hulpmiddel om iets bij te leren over behandelvormen.	☐	☐	☐	☐	☐
6. beperken de autonomie van praktijkmedewerkers.	☐	☐	☐	☐	☐
7. vormen een nuttige bron van advies.	☐	☐	☐	☐	☐
8. zijn te rigide om ze te kunnen toepassen in de praktijk.	☐	☐	☐	☐	☐
9. kunnen geïmplementeerd worden in bestaande programma's.	☐	☐	☐	☐	☐
10. houden geen rekening met de ervaring en het oordeel van clinici.	☐	☐	☐	☐	☐
11. verbeteren behandelingsuitkomsten.	☐	☐	☐	☐	☐
12. kunnen gebruikt worden om de kwaliteitszorg te verbeteren.	☐	☐	☐	☐	☐
13. vormen een representatieve synthese van de mening van experten.	☐	☐	☐	☐	☐

Opmerking: als 'ik weet het niet' of 'geen mening': niets aankruisen

MEETINSTRUMENTEN

Hoe bruikbaar vindt u meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk met cliënten?

☐ niet bruikbaar
☐ tot op zekere hoogte bruikbaar
☐ zeer bruikbaar
Waarom?

TEAM					
De volgende vragen gaan over de samenwerking binnen het team in het kader van het project kwaliteitsbevordering.					
	Helemaal mee oneens				**Helemaal mee eens**
1. In hoeverre bent u het eens met de doelstellingen van het team op het vlak van kwaliteitsbevordering (project)?	☐	☐	☐	☐	☐
2. De doelstellingen van het team op het vlak van kwaliteitsbevordering worden goed begrepen door de andere teamleden.	☐	☐	☐	☐	☐
3. De doelstellingen van het team op het vlak van kwaliteitsbevordering kunnen gerealiseerd worden.	☐	☐	☐	☐	☐
4. De doelstellingen van het team op het vlak van kwaliteitsbevordering zijn waardevol voor de organisatie.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Wij hebben de overtuiging dat je het toch met elkaar moet doen.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Mensen houden elkaar binnen het team goed op de hoogte van werkgerelateerde zaken.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Mensen voelen zich begrepen en geaccepteerd door elkaar.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Er wordt oprecht geprobeerd om informatie met het hele team te delen.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Mensen in dit team zijn altijd op zoek naar een frisse, nieuwe manier om naar problemen te kijken.	☐	☐	☐	☐	☐
10. In dit team nemen we de tijd om nieuwe ideeën te ontwikkelen.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Mensen in dit team werken nauw samen om nieuwe ideeën te helpen ontwikkelen en toepassen.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Teamleden zijn bereid om de fundamenten van wat het team doet ter discussie te stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Om de best mogelijke uitkomsten te realiseren bespreekt het team mogelijke zwakke punten in wat het doet.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Teamleden bouwen voort op elkaars ideeën om de best mogelijke uitkomsten te realiseren.	☐	☐	☐	☐	☐

Met steun van het Fonds ter Bestrijding van de Verslavingen, implementeerden vijf voorzieningen uit de verslavingszorg in Vlaanderen in 2010 en 2011 een zelf geselecteerde evidence-based richtlijn en meetinstrument. Ze deden dit op een systematische en planmatige manier, waarbij ze het implementatieproces voortdurend monitorden en evalueerden. Op regelmatige momenten kwamen ze samen op VAD voor uitwisseling, vorming en intervisie.
Resultaat van dit pilootproject is deze leidraad, die de verschillende fasen in de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten in de verslavingszorg in kaart brengt. Bij elke fase vind je een toelichting van de theoretische achtergrond, een concreet stappenplan en praktijkvoorbeelden. De rode draad hierbij is 'clinical leadership', of het bottom-up begeleiden van veranderingsprocessen in de praktijk.
Deze leidraad is bedoeld voor professionelen in de verslavingszorg die het implementatieproces van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk concreet willen begeleiden en voor praktijkwerkers, therapeutisch coördinatoren, kwaliteitscoördinatoren en beleidsmedewerkers in de verslavingszorg die meer willen weten over de implementatie van evidence-based richtlijnen en meetinstrumenten.



VERENIGING VOOR
ALCOHOL- EN ANDERE
DRUGPROBLEMEN vzw

